

Cliëntsysteembenadering en therapeutische gemeenschap

Een integratie van intrapsychische en interpsychische aspecten bij een kortdurende intensieve behandeling op de PAAZ van ziekenhuis Overvecht

door *L. G. Portier**

Inleiding

De cliëntsysteembenadering is één van de mogelijke antwoorden op de vragen waarmee wij als hulpverleners dagelijks worden geconfronteerd. In het nu volgende zal ik uiteen zetten, waarom wij juist voor deze mogelijkheid hebben gekozen. Ik zal daartoe eerst iets vertellen over de systeemtheorie en deze toespitsen op psychosociale problemen. Hierna komt een aantal voordelen ter sprake, waaruit zal blijken waarom we juist deze benadering hebben gekozen voor een psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis. Ten slotte zal ik een aantal praktische toepassingen hiervan en ervaringen, in combinatie met de therapeutische gemeenschapsideeën, beschrijven. Overigens zal mijn betoog er een zijn van voor-wetenschappelijkheid, meer beschouwend dan toetsend, met alle na- en voordelen hiervan. Alhoewel er wel wat onderzoeken zijn gedaan op onze afdeling, zijn deze nog in dergelijke beginstadia dat gebruik maken hiervan op dit moment weinig zinnig lijkt. Veel vragen zijn er nog en onderzoek zal moeten uitmaken of de benadering die wij gekozen hebben ook inderdaad vruchtbaar is. Naar onze ervaring is dit zo.

Algemene systeemtheorie

Ik ben me ervan bewust dat een volledige uiteenzetting over het ontstaan en de ontwikkelingen van de systeemtheorie op zich al een heel apart verhaal zou worden. Daarom leg ik me voor dit artikel ernstige beperkingen op. Ik zal in het onderstaande een zo eenvoudig mogelijke uiteenzetting geven met verwijzing naar bestaande literatuur.

Sinds de justitiële en de medische wereld zich erop konden verheugen dat zij niet meer alleen hoefden te staan bij het oplossen van problemen waarbij vooral ernstig afwijkend gedrag op de voorgrond stond, hebben vele andere disciplines zich bezigge-

* Schrijver is als psycholoog verbonden aan de PAAZ van het ziekenhuis Overvecht te Utrecht.

houden met dit soort fenomenen, en hebben deze disciplines ook theorieën en praktijken ter verklaring en verandering hiervan ontwikkeld. Sinds die tijd hebben medici, en met name psychiaters, de nieuwe ideeën, die vooral in de psycho/sociaal/culturele wetenschappen ontwikkeld werden, hetzij overgenomen, ofwel hebben zij mensen uit deze richtingen aangetrokken om via samenwerking met hen tot een zo goed mogelijke oplossing te komen van de zich aandienende problemen. (Het is interessant om te volgen hoe dit afwijkend gedrag van deze psychiaters in de verschillende disciplines is bestempeld en/of ontvangen (Trimbos, 1975).) De systeemgedachte is een ontwikkeling vanuit de niet-medische wetenschappen. Men zou de indruk kunnen krijgen dat dit een recente modegril is, die de laatste tien jaren uit de lucht is komen vallen. Echter in een artikel van Hoefnagel (1976) beschrijft deze de ontwikkeling van een systeembenadering vanaf 300 jaar voor Christus: vanuit de cybernetica en de informatietheorie, via een algemene systeemtheorie, langzamerhand toegespitst naar maatschappij en organisatie. (Allerlei stromingen komen hierin ter sprake en een goede literatuurverwijzing is daar ook aanwezig.) Von Bertalanffy (1966, 1968), een van de meest uitgesproken systeemontwikkelaars, geeft als meest korte definitie: een systeem is een geheel van op elkaar inwerkende elementen. Het is duidelijk, dat deze definitie zo algemeen is, dat zowel de natuurkunde, de biologie als de psychosociale wetenschap hem voor haar beschrijvingen kan gebruiken. Als ik nu deze algemene definitie doortrek via de psychosociale wetenschappen naar problemen die zich uiten in psychosociaal ongewenste gedragingen en nog verder naar behandeling of oplossing van dit soort moeilijkheden, dan kom ik met Laqueur (1968) tot de uitspraak: iedere psychotherapie kan bestudeerd worden als systeem met een input (mensen en relaties die hulp willen), een transactie (de therapeutische interactie) en een output (een beter functioneren van die individuen en relaties). De algemene systeemtheorie ziet het individu als een subsysteem van grotere systemen (familie, verwanten, gemeenschappen), en deze zijn weer delen van nog grotere systemen (naties, menselijk ras als geheel); dus het slecht functioneren van een individu kan bekeken worden binnen een familie, en deze weer binnen een buurt, en deze weer binnen een land, en dit weer binnen een wereld, enz. Ook kan men een mens in systemen bekijken, bijv. als biologisch systeem. Dit is dan van weer andere orde.

Men kan al deze verschillende systemen als ingang tot analyse nemen, terwijl men bij al deze analyses verschillende optieken kan hanteren, b.v. de sociale, de politieke, de economische of de culturele optiek. Iedere keuze zal een aantal mogelijkheden en onmogelijkheden met zich meebrengen. Als men een natie tot verandering wil brengen, zal men op andere krachten gericht zijn en met andere methoden werken, dan als men een individu of een gezin rechtstreeks wil helpen veranderen. Bij de keuze op welk systeem men zich richt en met welke optiek gaat het naast zin-

nigheidsargumenten ook om praktische mogelijkheden. Waarom wij op onze afdeling gekozen hebben voor de cliëntsteebenadering met als optie intra- en interactioneel zal hopelijk verderop duidelijk worden. Alhoewel er nog vele onduidelijkheden zijn en nog weinig exacte bepalingen van het systeembegrip ben ik niet geneigd dezelfde conclusie te trekken als Van Tilburg en Keuning (1976), namelijk dat termen als systeemtherapie beter vermeden kunnen worden. In plaats hiervan zal ik trachten te omschrijven wat wij hieronder verstaan en hoe wij hier uitvoering aan geven.

Cliënt/patiënt- en systeembenadering; globaal onderscheid

Om het systeem-denken concreter te maken ga ik dit vergelijken met de meer bekende individuele benadering. In de psychodiagnostische en therapeutische sector zijn er twee stromingen duidelijk te onderscheiden, waarbij voor- en tegenstanders zich over het algemeen tegen elkaar afzetten (Trimbos, 1975). In extremen uitgedrukt:

Stroming 1 (cliënt/patiëntbenadering): waarbij het individu dat het meest afwijkende gedrag heeft, wordt gediagnostiseerd en behandeld door buitenstaanders (therapeuten, medici), waarbij weliswaar mechanismen die hebben geleid tot dit afwijkend gedrag ter sprake komen, maar dit hoofdzakelijk gebeurt via anamnestic onderzoek en via duidings- en overdrachtsbehandelingen.

Stroming 2 (systeembenadering): waarbij het problematisch gedrag verhelderd wordt in relatietermen en waarbij het systeem — meestal het gezin of werkomgeving — als eerste focus wordt genomen: er wordt dan meer gekeken hoe de ouders met elkaar en met de geïdentificeerde patiënt omgaan, of hoe de werkgever omgaat met personeelsleden, dan naar het acute symptomatische gedrag van de afwijkenden. Dit laatste is zelfs volgens sommigen in wezen onbelangrijk en zal vanzelf verdwijnen als de relaties veranderen. Mensen als Laing (1970), Satir (1964) en Minuchin (1973) varen in deze stroming.

In 1971 werden deze 2 stromingen verduidelijkt in een nota uitgebracht door Blom en Werlemann (1970). In dit ontwerp van een psychiatrische afdeling van het algemeen ziekenhuis vindt een begin van integratie plaats van de psychosociale systeembenadering en de meer individualiserende waaronder ook de medisch-biologische disciplines. Enkele belangrijke uitspraken m.b.t. de cliëntsteebenadering wil ik hierbij aanhalen: 'Het begrip ziekte in de psychiatrie is een verregaande extrapolatie van de zuivere betekenis van het woord. In de psychiatrie hebben we niet louter met lichamelijke afwijkingen en lichamelijk lijden te maken.' 'De zuiver medische benadering van een persoonlijkheid reduceert te sterk tot ziek, met voorbijzien van de gezonde aspecten van de persoonlijkheid, maar juist de totale persoonlijkheid is uit oogpunt van genezing uitermate relevant.' 'Genezing van een psychiatrisch zieke is niet in alle gevallen louter een zaak

van medisch-psychiatrisch handelen. In de kliniek krijgen wij te maken met mensen die gevangen zitten in gedrags- of beleevingsproblemen op een wijze, die door hen of hun omgeving sociaal en psychisch inadequaats wordt geacht.' 'Om nu het "type" mensen aan te duiden waarmee wij in ons werk te maken zullen krijgen, hebben wij behoefte aan een werkbegrip, dat niet a priori de persoon in sterke mate reduceert (zoals bij het begrip patiënt het geval kan zijn). Wij menen, dat het begrip cliëntsysteem aan deze eisen voldoet.'

Het zal duidelijk zijn dat, toen wij in 1971 met onze psychiatrische afdeling startten, bovengenoemde ideeën en vragen een belangrijke rol speelden in de verdere ontwikkeling.

Interacties en intra-acties

Er lijkt in het algemeen overeenstemming te bestaan over de gedachte dat menselijk gedrag voor een belangrijk gedeelte wordt bepaald door interacties met de omgeving en met name met de vroegste omgeving (de vraag: hoe vroeg, lijkt in de diverse theorieën nogal uiteen te lopen). Dat medisch-biologische factoren een rol spelen, lijkt ook overeenstemming te hebben; alleen de mate waarin is niet eenduidig. Het biologisch/genetische gegeven beïnvloedt natuurlijk de ontwikkelingen en omgekeerd.

Als ik nu het biologisch-genetische aspect constant houd en inga op de verdere ontwikkelingen hiervan, dan wordt de persoonlijkheid vooral gevormd door interactie met de omgeving. Dit zal in de meeste gevallen zijn met ouders of met belangrijke anderen in de omgeving, en in latere jaren met al die anderen, die een belangrijke rol spelen in de ontwikkeling van het leven van iemand. Dit betekent dus, dat er via vroegere interacties langzamerhand een persoonlijkheid ontstaat, die een aantal intra-acties met zichzelf begint, op grond daarvan weer nieuwe interacties aangaat, dan weer nieuwe intra-acties, en weer nieuwe interacties, enz.; een voortdurende kringloop dus. Als er zich nu problemen voordoen, dan kan men zich richten op de interacties en/of op de intra-acties. De keuze van mij en anderen op deze afdeling is om ons in de eerste plaats op de interacties te richten en daarbij of daarnaast op de intra-acties. Ik kom hier verderop nog op terug.

Cliëntsysteembenadering: een integratie van systeembenadering en cliënt/patiëntbenadering



Figuur 1

Als ik nu de systeemgedachte doortrek naar de mensen en de problemen waar wij dagelijks mee te maken hebben, dan ziet dit er als volgt uit.

In figuur 1 staat een mens weergegeven op een willekeurig moment in z'n leven. Uitsteeksels en inhammen geven de hele persoonlijkheid met de uitingen hiervan aan. Als verklaring van deze uitsteeksels en inhammen, en hoe deze worden ondersteund

door krachten van binnenuit, wat er onbewust is en bewust, dient de zwarte brij binnenin. Ieder persoonlijkheidsmodel kan als verklaring dienen. U kunt dus vanuit uw eigen persoonlijkheidsopvatting op het verdere betoog aanvullingen maken.

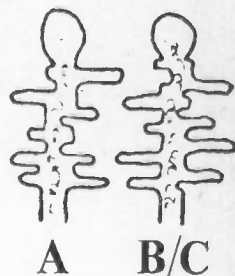
Een mens staat echter zelden geïsoleerd van anderen. In figuur 2 zijn twee mensen geschematiseerd met een mogelijke ontmoeting. De afstand is nog vrij groot. Ziet het er nu naar uit dat een aantal uitsteeksels van A in een aantal gaten van B vallen en/of omgekeerd, dan zal het zoals in de volksmond wordt gezegd, 'klikken'. Er zijn natuurlijk allerlei soorten mogelijkheden en onmogelijkheden te bedenken, wanneer A en B dicht bij elkaar komen, en natuurlijk is het ook zo dat in het dagelijks leven één mens vaak meerdere vaste en verder nog een aantal wat lossere relaties om zich heen heeft.

Is er sprake van een individuele psychotherapie, dan zal B, als hij diagnosticus/therapeut (C) is, proberen tezamen met A de uitsteeksels en de inhammen helder of bewust te maken, eventueel met verkenning van de in stand houdende krachten binnenin, met als doel om tot andere uitsteeksels en gaten te komen. C kan zich neutraal gedragen, dus al zijn uitsteeksels en inhammen weghouden; of zijn eigen uitsteeksels en inhammen (deze eventueel speciaal voor de cliënt gecreëerd) juist gebruiken. Dit natuurlijk geheel afhankelijk van de theoretische opvattingen en de gehanteerde therapeutische techniek.

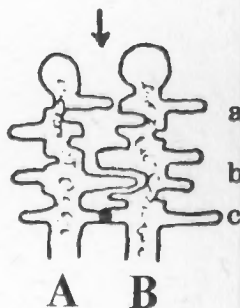
In figuur 3 zijn uit een systeem twee mensen gerepresenteerd, die een tamelijk vaste relatie hebben, b.v. een samenwonend paar. Zoals te zien, staan er bij a wat holtes tegenover elkaar — dit kunnen wederzijdse onbeantwoorde vragen zijn, of niet door elkaar opgevulde angsten —, bij b drukken er wat uitsteeksels tegen elkaar aan — dit kan een sluimerend of een constant open conflict zijn —, en bij c is er een holte van B opgevuld door een uitsteeksel van A — dit kan natuurlijk ook van alles zijn. Stel nu dat deze holte een angst van B is, op grond waarvan deze zich steeds verder terugtrekt, en dat het uitsteeksel bij A een grote hulpvaardigheid betekent, die zich in de relatie met B uit door steeds meer te gaan doen. B's holte wordt steeds groter, maar op een gegeven moment zó groot dat A zijn uitsteeksel niet langer kan of wil maken. A tilt B dan aan dat uitsteeksel op en brengt B dan naar een hulpverlener, zeggend dat hij zijn uitsteeksel niet meer langer kan of wil maken. (Dit zien wij regelmatig gebeuren wanneer iemand ondersteund of op een brancard de afdeling wordt binnengedragen.)

Op dit moment zijn er een aantal mogelijkheden, waarvan ik er nu een paar zal opnoemen, waarvan sommige meer individueel en anderen meer systeemgericht zijn.

1 — Er wordt een rustperiode afgesproken. A en B gaan uit elkaar in de hoop dat zelfregulerende tendensen van B de holte weer kleiner of ongedaan zullen maken en zelfregulerende tendensen van A dat uitsteeksel weer zullen verminderen. De kans hierbij is dat B nog andere personen om zich heen heeft of gaat



Figuur 2



Figuur 3

zoeken, die de holte zullen gaan opvullen en/of dat A andere mensen om zich heen heeft of gaat zoeken om zijn uitsteeksel in kwijt te kunnen.

2 — B gaat van A af, in een aparte therapie, waar de holte gedeeltelijk of geheel wordt weggewerkt. De situatie ontstaat dan, dat B aan één of meerdere nieuwe C's (therapeuten) wordt gekoppeld, die deze holte en alles wat daarbij komt gaan beïnvloeden. Als er nu verder niets met A gebeurt, bestaat de mogelijkheid dat, terwijl B met C de holte kleiner maakt, er telkens in het contact met A de holte weer groter gemaakt wordt, of als de holte met C kleiner is gemaakt of weggewerkt en dit zeer 'sterk' is gebeurd, er een conflict met het uitsteeksel van A ontstaat.

3 — A gaat met een of meerdere nieuwe C's in contact om het uitsteeksel weg te werken. Voor de rest zijn er dan dezelfde mogelijkheden als onder 2 genoemd.

4 — A en B komen gezamenlijk in contact met een of meerdere nieuwe C's en deze gaan gezamenlijk in eerste instantie kijken naar wat er zich afspeelt in het middengebied (zie pijl bij fig. 3); wat de holte van B inhoudt en wat daar allemaal in meespeelt, en wat het uitsteeksel van A in die holte inhoudt en wat daarin allemaal meespeelt. Er wordt dan bekeken wat nu precies het probleem is, wie er welk aandeel in heeft en welke veranderingen er zich bij ieder kunnen voordoen om tot een bevredigender samenleving te komen.

Het onder 4 genoemde wordt door mij aangeduid met cliëntsysteembenadering; dat wil dus zeggen dat de hulpverlening zich richt op een reeds bestaand systeem.

In het bovenbeschrevene heb ik een reductie aangebracht naar twee personen uit het systeem, maar het is natuurlijk zo dat A meerdere, emotioneel belangrijke relaties om zich heen kan hebben — een probleem kan zich afspelen in gezinnen, in driehoeksverhoudingen, vierhoeksverhoudingen, in verhouding tussen werknemers en werkgevers, enz. Het zal ook duidelijk zijn dat een systeembenadering zoals onder 4 genoemd, praktisch een andere is dan de anderen, hierboven onder 2 en 3 beschreven. Als ik deze twee benaderingen vergelijk dan is het zo dat in het onder 2 en 3 genoemde de problemen zoals ze worden gepresenteerd door het cliëntsysteem, overgenomen worden door de hulpverlener, die een nieuw systeem vormt. Bij de cliëntsysteembenadering wordt het aandeel van ieder der systeemleden in het probleem bekeken in het reeds bestaande systeem. Het probleem wordt in eerste instantie in het midden gebracht; het aandeel van ieder van de in het cliëntsysteem betrokken personen wordt daarin bekeken met de mogelijkheden en onmogelijkheden van ieder daarin.

Het is een belangrijk verschil: in het ene geval is het zo dat het duidelijk is dat er één niet in orde is: dat is de patiënt, waarbij ten hoogste de familieleden en bekenden er nog bij kunnen worden betrokken om de moeilijkheden van die patiënt op te lossen; in het andere geval zijn er andere mogelijkheden: de vraag blijft

in eerste instantie open over wat nu precies het probleem is, waarbij de mogelijkheid bestaat dat er verschillende problemen zijn met daaraan gekoppeld wie er met dat probleem te maken hebben en voorts, wie er wat wil doen om het probleem op te lossen. In het eerste geval is het reeds duidelijk wie de zwakke is en wie er geholpen moet worden; in het tweede geval lijkt het nog onduidelijk, en is het nog de vraag wie de zwakken zijn en wie er bij wat kan helpen. Er zijn dus in het tweede geval meer mogelijkheden dan in het eerste. Dit neemt niet weg dat er in het tweede geval ook zwakken kunnen zijn, die zichzelf eventueel m.b.v. de anderen (therapeuten) sterker kunnen maken.

Intra- en interactionele fenomenen: een integratie

In de cliëntsysteembenadering zoals wij deze toepassen, richten wij ons dus in eerste instantie op het middengebied van een reeds bestaand systeem. Waarom wij dit in eerste instantie noodzakelijk vinden wordt verderop duidelijk. Dit wil echter zeker niet zeggen, dat alleen op interactionele aspecten van een systeem gelet wordt. Het wil wel zeggen dat interactionele aspecten *altijd* een rol spelen en tegelijkertijd dat deze in sterke wisselwerking zullen staan met de intra-actionele aspecten van ieder individu uit een systeem. Verder ben ik het met Groen (1975) eens dat de relatie een middel is om intrapsychisch iets te veranderen. Dus is een verandering in een relatie m.i. alleen mogelijk als er in een of meerdere relatiegenoten intrapsychisch iets verandert. Waarom wij niet de relatie therapeut-cliënt als eerste (en enige) ingang nemen, maar de reeds bestaande relaties met hiernaast nieuwe relaties met therapeut en andere opgenomen cliënten, zal verderop duidelijk worden.

Zoals in figuur 3 te zien is, is de grillige figuur van A in interactie met de grillige figuur van B. Deze interactie zal in sterke mate afhangen van juist de specifieke grilligheid van A en die van B en natuurlijk kan het zo zijn dat er in een systeem één persoon veel moeilijker met zichzelf omgaat dan andere personen uit dat systeem. In hoeverre er dan vooral via interactionele en intra-actionele modellen wordt gewerkt aan de bepaling en de oplossing van een probleem, of alleen via intra-actionele modellen, lijkt vooral af te hangen van de scholing van de therapeuten en de aard van de problemen. Een combinatie van deze intra-actionele en interactionele manieren van werken hanteer ik zelf b.v. in relatieparengroepen. Hierin is het vaak zo dat er begonnen wordt met een relatieprobleem, waarbij de verschillende kanten van dit probleem en dus het aandeel van de beide partners daarin duidelijk wordt. Daarna werken één of soms twee partners dit specifieke deel van zichzelf intra-psychisch uit. Komt het hierna tot verandering, dan kan deze verandering onmiddellijk in de relatie betrokken worden en eventueel verankerd worden. Iedere verandering van de omgang van A met zichzelf zal tot een herdefinitie leiden van de relatie met B. Als er in A iets verandert en

dit belangrijke aspecten betreft, dan moet B óf ook veranderen óf proberen de verandering bij A weer ongedaan te maken, óf ze zullen uit elkaar gaan. Deze fenomenen ziet men dan ook veelvuldig optreden bij partners, waarvan er één in een intensieve veranderingsbijeenkomst is geweest, hetzij in trainingen of workshops, of in een psychiatrische afdeling van een ziekenhuis.

Opname en cliëntsystembenadering

Het is geen tegenstrijdigheid om een systeem een behandeling aan te bieden, waarbij aan één of twee systeemleden, die het moeilijkste met zichzelf omgaan, een opname aangeboden wordt. Het is daarbij niet zo van belang *dat* er wordt opgenomen, maar veel meer *hoe* dit gebeurt; dat wil zeggen: onder welke afspraken dit gebeurt en vanuit welke motivering. In de systeemgedachte wordt dan gekeken naar hoe het probleem zich heeft ontwikkeld en welk aandeel ieder der systeemleden daarin heeft, terwijl er tegelijkertijd een of meerdere leden van het systeem nog wat extra mogelijkheden krijgen om naar de intra-actionele kant van zichzelf te kijken en deze te beïnvloeden door tijdelijk opgenomen te zijn in een ander systeem (b.v. psychiatrische afdeling) en de relaties die daar ontstaan met hulpverleners en andere opgenomenen te bespreken en eventueel aan de hand daarvan te veranderen. Dit gebeurt dan voor degenen die opgenomen zijn in het therapeutische milieu van onze afdeling.

Uit het bovenstaande behoeft ook niet de conclusie te worden getrokken, dat er niet een patiënt kan zijn. Sommige mensen kunnen zo erg in de war zijn, zo onverstoorbaar in hun denken, hun beleving of uitingen hiervan, dat een bepaalde rustperiode noodzakelijk is om überhaupt nog tot openstaan voor beïnvloeding te kunnen komen. Belangrijk hierbij is dus nogmaals: niet dat er wordt opgenomen, maar veeleer hoe er wordt opgenomen. Iemand is in dat geval patiënt bij keuze van het hele systeem, inclusief de hulpverlener, voor een afgesproken tijd. Het is aldus belangrijk dat dit reeds in het eerste contact duidelijk wordt gemaakt en dat na deze voor cliëntsystembenadering onbeïnvloedbare periode alsnog de vraag wordt gesteld wie er nu welke bijdrage in het probleem heeft, en hierna wat de beste oplossing daarvan lijkt en wie daartoe willen veranderen. Degene die uiteindelijk wordt opgenomen, is regelmatig degene die oorspronkelijk als patiënt werd aangeboden, maar deze opname gebeurt dan meestal vanuit een andere motivatie. Het komt vaak voor dat aan het eind van een intake meerdere systeemleden willen worden opgenomen, maar dat dit om praktische redenen moeilijk te realiseren is. Ook gebeurt het meer dan eens dat aan het eind van een intakegesprek een andere partner dan de oorspronkelijk aangeboden opgenomen wil worden. En tot slot komt het regelmatig voor dat in de loop van de behandeling de opnamebehoefte binnen een systeem verschuift, hetgeen kan resulteren in een ontslag van de ene, en een opname van de andere partner.

Welk systeem

Een cliëntstelsel noem ik een aantal met elkaar interacterende personen die belangrijk zijn rond de gezamenlijk bepaalde problemen. Het gedeelte van het cliëntstelsel wat uiteindelijk in behandeling zal komen is afhankelijk van de (on)mogelijkheden van de diverse leden van dit stelsel en van de noodzaak om mee in behandeling te gaan, zoals afgeschat door zowel het cliëntstelsel zelf als de intaker. Deze afchatting vindt vaak al in de eerste telefonische screening met b.v. de huisarts plaats of later met het op de intake aanwezige cliëntstelsel. Het is geen uitzondering dat huisarts of andere hulpverleners meekomen naar de intake. Welke andere stelselleden er belangrijk zijn, wie deze zal uitsnodigen, en op welk tijdstip, komt hier ook bij ter sprake.

Enige voordelen van en redenen voor het toepassen van de cliëntstelselbenadering

1 — Als een persoon gaat veranderen, blijkt het veelal moeilijk te zijn om die verandering over te brengen op andere leden van zijn cliëntstelsel.

2 — Partners houden elkaar in evenwicht, denken te 'helpen', doch houden problemen in stand.

3 — De krachten van een cliëntstelsel zullen vaak zo zijn dat men zal proberen bewust of onbewust de veranderingen weer te laten verdwijnen, omdat vaak de partners van een persoon A niet willen dat hij verandert, omdat dit hun maar al te goed uitkomt; immers bij een verandering zal een gedeelte van hun eigen intrapsychische gesteldheid naar voren komen, en daar zijn ze bang voor. Vaak is degene die zich aanmeldt met een probleem een signaal voor relatieproblemen tussen anderen.

4 — Door meerdere cliënten van een cliëntstelsel in te schakelen heeft men een grotere kans dat 'het meest relevante probleem' op tafel komt met alle relationele en intrapsychische aspecten van ieder.

5 — Soms is het zo dat de cliënt die wordt aangemeld als degene die problemen heeft, ook degene is die de minste veranderingskansen biedt. Door het cliëntstelsel in behandeling te nemen beschikt men over andere mensen, die gemakkelijker voor veranderingen vatbaar zijn, waardoor de cliënt, die oorspronkelijk werd aangemeld als hebbende een probleem, ook tot verandering kan komen.

6 — De kans dat bereikte veranderingen langer worden vastgehouden is groter, omdat ze niet alleen intrapsychisch zijn verankerd, maar ook interpsychisch, tussen de mensen onderling.

7 — Bij het alleen aanbieden van een volkomen nieuwe groep mensen en omgeving (de afdeling) bestaat de mogelijkheid dat dit een nieuw cliëntstelsel zal worden, hetwelk zo 'plezierig' is, dat cliënt niet meer naar z'n oude 'nare' stelsel terug wil (hospitalisatie). Bij het cliëntstelsel zal dit effect minder optreden.

8 — Verder vind ik het voor mezelf moeilijk om iemand te helpen bij een verandering, waarvan ik al weet dat deze moeilijkheden gaat veroorzaken binnen de vaste relaties (het cliëntsysteem), wanneer dit niet zoveel mogelijk tevoren expliciet wordt. Ook al lost iemand intrapsychisch problemen op, dan is het dus om een aantal bovengenoemde redenen toch goed om het systeem erbij te betrekken, zodat de reacties ook binnen therapiebereik zijn. Ten minste zou bij een intake duidelijk moeten worden gemaakt dat, als de partner er niet bij betrokken wil zijn, de kans groot is op conflicten. Degene die wil veranderen kan in conflict komen en bij zichzelf denken: 'Kan ik deze verandering bij mezelf mijn partner(s) wel aandoen'. Bij een verandering kan de partner denken: 'Dit wil ik niet, onder die condities zijn we niet samengekomen.' Deze beide mogelijke reacties met de emotionele ladingen die erbij horen, wil ik graag zoveel mogelijk van tevoren duidelijk maken en het liefst in de therapie aan de orde laten komen.

Dit bovenstaande geldt overigens voor alle veranderingsprocessen. Alle belangrijke veranderingsmogelijkheden brengen nieuwe mogelijkheden maar ook onmogelijkheden met zich mee voor bestaande en nieuw te ontwikkelen relaties. Het zich hierbij alleen richten op de te veranderen persoon vind ik dan te eenzijdig.

9 — Klachten van emotioneel sterk betrokken partners dreigen minder te accumuleren omdat ze mee in behandeling zijn, dus leden van het systeem, die niet zijn opgenomen, worden minder voor voldongen feiten geplaatst door degene die is opgenomen. Het praten over de opgenomenen van familieleden vervalt nageen.

10 — Negatieve houdingen van die medewerkers die alleen met opgenomenen werken, worden minder sterk en gerelativeerd t.a.v. thuisgeblevenen.

11 — Het is vaak moeilijk als hulpverlener met een cliënt af te schatten wat gewoon is voor een cliëntsysteem. Wat bij voorbeeld voor de hulpverlener chaotisch kan lijken, kan voor het systeem gewoon, normaal zijn.

Moeilijkheden bij de cliëntsysteembenadering

1 — Allereerst blijkt het erg moeilijk om de systeemgedachte bij medewerkers in al z'n consequenties vast te houden. Constante training en intervisie zijn hiervoor noodzakelijk. Het regelmatig verfrissen en het werken met nieuwe medewerkers lijkt hiertoe heel belangrijk. Het is een hele kunst, die energie en tijd vraagt, om mensen deze benadering duidelijk te maken — in een maatschappij waarin iedereen vertrouwd is gemaakt met de procedure dat degene die het moeilijkste zit, als ziek wordt bestempeld en weer beter wordt gemaakt door een dokter. We hebben in de loop der jaren gemerkt dat de kunst van dit vertalen makkelijker wordt naarmate medewerkers zich deze cliëntsysteemblik meer eigen hebben gemaakt. Soms doen we over deze vertalingen een

week, soms zijn we met deze vertalingen gedurende de hele opname bezig en soms lukken deze vertalingen niet. Het is echter hoopvol om te merken dat deze vertalingen over 't algemeen wel slagen. Het is ons in de loop der jaren wel duidelijk geworden dat deze vertalingen het makkelijkst en het meest lukken, als deze direct bij het aanbieden van het probleem worden gemaakt. Wordt iemand onder de patiënt-conditie in behandeling genomen, dan is het aandeel dat partners in het probleem hebben zeer moeilijk of geheel niet meer te bespreken. Men heeft dan niet meer een cliëntsysteem voor ogen, maar een cliënt *en* zijn systeem, ofwel b.v. de patiënt *en* zijn familie. De andere systeemleden zijn dan meer geneigd om als assistent van de dokter op te treden en op zo'n manier te 'helpen', dan om te helpen door hun eigen rol ter sprake te stellen, waardoor het aantal veranderingsmogelijkheden afneemt.

2 — Veel verwijzers en ook andere (behandelings)instituten hebben uitgesproken oordelen en vooroordelen over onze afdeling en vertaling van patiënt-georiënteerd naar cliëntsysteem-georiënteerd lijken bij een aantal van hen niet mogelijk te zijn. Een sterk vooroordeel dat lijkt te bestaan is: 'echte patiënten kunnen er niet naar toe, alleen mensen met relatieproblemen'. Aangezien vertalingen naar cliënten soms lange tijd in beslag nemen en vaak moeizaam verlopen — zoals we dat uit ervaring weten — en huisartsen over 't algemeen niet zoveel tijd hebben om naar dit soort zaken te luisteren, lijkt het soms een niet op te lossen probleem, hoewel wij wel regelmatig proberen contacten met verwijzers hierover te organiseren.

3 — Ook met betalende instanties zijn de contacten soms moeizaam. Wil je een cliëntsysteembenadering systematisch toepassen en uitvoeren, dan zijn er constant veel meer mensen in behandeling dan er opgenomen zijn. Aan de ene kant is er dan meer personeel nodig en dit zal dan tot uitdrukking moeten komen in de verpleegprijs, tegelijkertijd worden er dan soms meerdere partners uit het systeem opgenomen, terwijl ziektekostenverzekeraars — de naam zegt het al — een genezing van ziekte willen betalen i.p.v. de kosten van het oplossen van een probleem.

Kortdurend intensief

Met intensief wordt bedoeld dat cliëntsysteemen in een versneld bewustwordings- en veranderingsproces komen; een soort hogedrukpan, waarbij het drukventiel zo wordt afgesteld dat oude gewoonten en processen gaan wankelen, en tegelijk de druk niet té hoog is, zodat er voldoende integratiemogelijkheden voor nieuwe elementen blijven bestaan.

De mogelijkheden van en redenen om de cliëntsysteembenadering toe te passen zoals hierboven genoemd gelden mijns inziens nog in versterkte mate voor kortdurende intensieve behandelingen. Een verandering verankerd in een cliëntsysteem zal meer overlevingskansen hebben dan een verandering in een individu.

**Realisering van de therapeutische gemeenschap (T.G.);
gedachten bij een relatief korte opnameduur**

Hieronder zal ik uiteenzetten wat er naast de cliëntsysteembehandelingen gebeurt met die leden uit het systeem, die opgenomen zijn in het Behandelingscentrum, waarvan de opnametermijn voor de meeste cliënten zeven à acht weken is. Ik wil hier kort zes uitgangspunten van de T.G. noemen en een nadruk leggen op die welke wij in onze afdeling hanteren. Deze ideeën, oorspronkelijk geopperd door Jones (1952) en voor een Nederlandse situatie uitgewerkt door Bierenbroodspot (1969), zijn de volgende:

1 — Het grootste gedeelte van de behandelingen is groepsgericht, variërend van therapieën in groepsverband tot en met het gezamenlijk bespreken van het afdelingsgebeuren;

2 — De behandeling is democratisch, d.w.z. dat er een maximale openheid is, waarin iedereen een eigen verantwoordelijkheid heeft voor de eigen afgesproken taken; dat informatie voor iedereen toegankelijk is en dat maximale wederzijdse beïnvloeding plaats kan vinden. Overigens wil dit niet zeggen dat er geen verschillen zijn.

3 — Er is permissiviteit, hetgeen wil zeggen dat gevoelens, gedachten en uitingen hiervan openlijk besproken en getoetst kunnen worden, zonder dat er vooraf al een heel stelsel van regels met geboden en verboden bestaat. Dit betekent overigens niet, dat er geen grenzen bestaan.

4 — Er is eenvormigheid over de behandelingsuitgangspunten en een logisch en consequent beleid op grond hiervan, door iedereen aangenomen en uitgevoerd.

5 — Er is uniformiteit in behandelingsaanbod; iedere cliënt krijgt in principe dezelfde behandeling.

6 — In de behandeling moet voldoende realiteitsconfrontatie aanwezig zijn, m.a.w. confrontatie gericht op de reële maatschappelijke situatie waarin de cliënt zich bevindt of gaat bevinden.

Op het behandelingscentrum wordt volgens de zes hierboven genoemde uitgangspunten gewerkt. Twee opmerkingen wil ik hierbij maken. Aangezien we zo breed mogelijk willen werken, betekent dit t.a.v. de uniformiteit van de behandeling, dat we niet iedereen dezelfde behandeling aanbieden (voor de één zal b.v. creatieve therapie beter op z'n plaats zijn en bij een ander weer bewegingstherapie). Ieder(e) cliënt(systeem) krijgt een zoveel mogelijk op maat gesneden therapieënpakket, terwijl de uniformiteit tot zijn recht komt in het socio-therapeutische gedeelte. Dit zijn de gezamenlijke besprekingen van alles wat er in het afdelingsmilieu gebeurt, en voorts de planningkant van de behandeling. Wat in de literatuur sterk opvalt is dat de subculturele (interactionele afdelings-) realiteit wel aandacht krijgt; veranderingen echter met de T.G. als middel, gericht op de oorspronkelijke eigen leefsituatie worden als laatste of niet genoemd.

Dit is niet zo verwonderlijk als men weet dat de therapeutische

gemeenschapsidee zich ontwikkeld heeft vanuit langdurig klinisch-psychiatrische settings. De confrontaties met de maatschappij waren voor een groot aantal van deze klinieken, waarin mensen soms jaren zaten, nihil geworden. De laatste jaren gaan steeds meer klinieken, en met name de neuroseklinieken, over naar kortere opnamemogelijkheden, teruglopend van onbeperkt tot een half jaar, waarbij ook steeds meer de cliëntsysteemgedachte aandacht krijgt in de vorm van partner- en gezinstherapieën. Het zal duidelijk zijn dat in de filosofie van onze afdeling de realiteitsconfrontatie v.w.b. de eigen leefsituatie voorop staat, immers in de cliëntsysteembenadering is een gedeelte van de maatschappelijke realiteit juist onderwerp van behandeling.

De combinatie van cliëntsysteembehandeling en behandeling volgens de principes van de therapeutische gemeenschap (T.G.) met opgenomenen

Ik vat het belangrijkste wat ik tot nu toe gezegd heb nog eens kort samen:

Bij de ontmoeting van een probleem zijn er grofweg twee mogelijkheden: (a) de *cliënt(patiënt)*benadering met — eventueel later — zijn systeem; en (b) de *cliëntsysteem*benadering, welke de cliënt (*patiënt*)benadering niet uitsluit.

Bij a is het duidelijk wie het probleem heeft of wie de oorzaak van het probleem is en dus is het duidelijk wie er behandeld moet worden. Men is voornamelijk op het intrapsychische aspect van deze personen gericht. De persoon wordt over het algemeen uit het systeem gehaald, eventueel behandeld met behulp van de systeemleden en daarna weer terug in het systeem geplaatst. Er kan moeizaam overgeschakeld worden op een systeembehandeling. De realiteitsconfrontatie vindt in een later stadium plaats. De cliënt (*patiënt*) gaat een nieuwe relatie aan met een hulpverlener (of met een hulpverleningsinstituut), en deze nieuwe zich ontwikkelende relatie is dan constant bron van bespreking om zo tot een verandering te komen.

Bij b is het nog niet duidelijk wie van de systeemleden er welke bijdrage in het probleem levert. In de loop van het behandelingscontact wordt duidelijk wie er wat kan doen om het probleem op te lossen. De gerichtheid is er op de interacties en op de interacties van de diverse systeemleden. Er kan altijd snel overgeschakeld worden op de cliënt(*patiënt*)benadering. De realiteitsconfrontatie is constant aanwezig. De relatie met de hulpverlener is er in eerste instantie om de reeds bestaande en aanwezige relaties te bespreken en in tweede instantie kan deze relatie en de ontwikkeling hiervan gebruikt worden ter verheldering van deze reeds bestaande en aanwezige relatie. De methode die wij nu gebruiken is de cliëntsysteembenadering, waarbij de personen uit het systeem die een extraatje nodig denken te hebben, opgenomen kunnen worden. De focus van de behandeling ligt op de cliëntsysteemtherapieën, waarbij de bovendien opgedane ervaringen

gen in het therapeutische milieu, werkend volgens de principes van de therapeutische gemeenschap, in de systeemtherapieën tot uitdrukking zullen komen. Ik wil er nogmaals op wijzen dat het dus met deze benadering ook mogelijk is om op de cliënt(patiënt)benadering over te schakelen, hetgeen ook regelmatig gebeurt en voorts is het natuurlijk ook mogelijk, dat er mensen zijn die geen emotioneel belangrijk systeem om zich heen hebben, omdat ze eenzaam zijn, of waarbij het onmogelijk is of zeer onwenselijk om het systeem in te schakelen. Wij hebben voor deze benadering gekozen op grond van het idee dat het effectiever is. Een onderzoek zal moeten uitmaken of dit zo is.

5 jaar PAAZ Overvecht; een aantal beschrijvingen en ervaringen

De vraag is nu: hoe vinden bovenstaande ideeën concrete gestalte in de afdeling. De afdeling kent 3 subafdelingen: het Crisiscentrum, het Opnamecentrum en het Behandelingscentrum.

Het *Crisiscentrum* (CC) is bedoeld voor mensen bij wie een acute evenwichtsverstoring is opgetreden, waarbij het bijna altijd zo is dat mensen die in het systeem aanwezig zijn, er onmiddellijk bij betrokken worden. Het Crisiscentrum werkt ambulante. 80% van de hulpverlening bestaat uit cliëntsysteembenadering.

Indien een opname noodzakelijk wordt geacht, komt het Opname- of Behandelingscentrum in aanmerking. In eerste instantie wordt dan bekeken wie er bij het probleem betrokken zijn, en tezamen met degenen die bij het probleem betrokken zijn, wordt dan verder onderzocht wat de best mogelijke strategie is voor een oplossing van het probleem.

Het *Opnamecentrum* (OC) heeft 27 opnamemogelijkheden, waarvan 23 klinische en 4 dagplaatsen ('stoelen'). De vier functies van dit opnamecentrum zijn klinische crisisinterventie, acute psychiatrie, onderzoek en (korte) behandeling. Binnen deze vier functies wordt zoveel mogelijk met de cliëntsysteemgedachte gewerkt. Dit gebeurt in eerste instantie al in het opnamegesprek. Dit zijn één of twee gesprekken, waarin wordt afgeschat wat de problemen zijn, wie er het best bij betrokken kunnen worden, of er al of niet een opname gewenst is en op welk van de afdelingen dat in eerste instantie het best kan gebeuren. Bij dit eerste afschattingsgesprek worden al zoveel mogelijk systeemleden uitgenodigd. Lukt dit niet, dan wordt in dit eerste gesprek ook al gemotiveerd tot een cliëntsysteembenadering en een tweede gesprek afgesproken. De eerste systeemideeën worden reeds in dit eerste gesprek overgedragen van medewerkers op degenen die zich aanmelden. Het zijn vaak 'gevechten', die plaatsvinden tussen systeemideeën en mensen die een patiënt komen afleveren om op te laten sluiten of beter te laten maken.

De afdeling heeft een bewakingsfunctie, met daarbij drie separaarmogelijkheden, en kent een ziekenboegfunctie voor de gehele PAAZ. Er is een zeer wisselende populatie aan opgenomen cliën-

ten met een gemiddelde opnameduur van 28 dagen. Er wordt, mede door het wisselende cliëntenbestand en de korte opnameduur, vooral met individuele cliëntsystemen (d.w.z. niet in een groep) gewerkt.

De systeemgedachte wordt door ons niet zó gehanteerd dat het een voorwaarde is voor opname. Het gebeurt weliswaar in een enkel geval, maar over het algemeen nemen en geven we ook de tijd om te motiveren en gemotiveerd te worden tot een cliënt-systeembehandeling. Vaak gaan we in eerste instantie mee met de-patiënt-en-zijn-systeem behandeling. Op het opnamecentrum is ongeveer 20% in individuele behandeling, 60% in cliënt/patiënt + systeem behandeling, veelal in overgang naar een cliënt-systeembehandeling, en 20% is in cliëntsysteembehandeling.

De T.G.-gedachten worden hier zo veel mogelijk gerealiseerd, hetgeen betekent dat de hiervoor genoemde zes uitgangspunten van een T.G. in beperkte mate worden gehanteerd op het O.C. Met name is de behandeling op het OC niet groepsgericht om ook b.v. verwarde mensen of diegenen die (nog) niet in groepen kunnen functioneren een behandeling aan te kunnen bieden. Wel worden alle belangrijke afdelingsgebeurtenissen in twee gezamenlijke bijeenkomsten besproken; de ochtendoverdracht en de middagzitting. Hierbij zijn alle medewerkers en cliënten aanwezig. Op deze afdeling is een speciale milieudienst, hetgeen wil zeggen dat medewerkers die in deze dienst zitten zich speciaal op het milieu concentreren en milieu-oefeningen van cliënten meehelpen uitvoeren, alle milieugebeurtenissen in de gaten houden, en meehelpen dit ook in bespreekbare vormen te brengen. Gezien de functies van het opnamecentrum is er een grote diversiteit aan behandelingen; tegelijkertijd wordt de verantwoordelijkheid voor de behandeling zoveel mogelijk bij ieder cliëntsysteem gelaten. Deze verantwoordelijkheid komt vooral scherp ter sprake bij de overweging gebruik te maken van een separeerkamer, al of niet met een inbewaringstelling, zoals dit bij voorbeeld bij een acute opnameaanvraag het geval is. Maakt iemand gebruik van de separeer, omdat hij niet meesprekbaar is, dan wordt vaak een afspraak gemaakt binnen het systeem om degene die opgenomen wordt, als patiënt te zien, totdat hij meesprekbaar is, waarna het hele systeem weer zal worden uitgenodigd om verder te praten over wat het probleem is en wie er wat zou kunnen doen om het op te lossen. In hoeverre er door ons verantwoordelijkheid wordt overgenomen of gedeeld en in welke mate wordt dan per cliëntsysteem bekeken. Eveneens wordt getracht binnen het systeem een eventueel medicatiebeleid te bespreken. Op het OC wordt bijv. meer met psychofarmaca gewerkt dan op het Behandelingscentrum. Het blijkt dat cliëntsysteembehandeling en medicamenteuze behandeling elkaar niet uitsluiten. Hoe deze integratie vorm heeft gekregen op het OC zou een apart hoofdstuk vormen.

Samenvattend: er wordt op het OC zoveel mogelijk volgens de ideeën van de cliëntsysteembehandeling gewerkt. In de praktijk

blijkt noodgedwongen vaak de cliënt + zijn systeembehandeling in eerste instantie het meest haalbare.

Het *Behandelingscentrum* (BC) heeft 51 plaatsen, waarvan 29 bedden en 22 stoelen. Er is geen aparte kliniek en dagkliniek. Of iemand van een bed of een stoel gebruik maakt wordt per cliënt bekeken.

Alle belangrijke behandelingsafspraken en veranderingen hierin worden met het hele cliëntsysteem besproken en uitgevoerd. Dit begint reeds bij de opname. Het Behandelingscentrum kent een intake-dag, waarbij gezamenlijk met het cliëntsysteem bekeken wordt wat het probleem is, of een aanzet hiertoe gemaakt wordt, om voorts, aan het einde van de dag, een behandelingscontract op te stellen. Zoals reeds eerder gezegd is het belangrijk dat in het eerste contact het systeemidee wordt toegepast. Telkenmale opnieuw blijkt, dat als aan het eind van deze dag er geen cliëntsysteemafspraken zijn gemaakt, dit in de weken daarop, hetzij heel moeilijk te realiseren is, hetzij totaal niet meer. Ook blijkt dat, wanneer er een behandelingsafpraak is gemaakt, maar de behandeling niet de week daarop start, de weerstand om mee in behandeling te komen zeer snel stijgt.

Het is boeiend om mee te maken dat reeds in zo'n intakegesprek soms al van 'patiëntenrol' wordt gewisseld, en dat dan aan het eind van de dag een ander systeemlid dan de oorspronkelijk aangeboden wordt opgenomen, meerdere systeemleden worden opgenomen, of dat er naar ambulante mogelijkheden wordt doorverwezen.

Tijdens deze opnamedag is er een cliëntengids ingeschakeld. Dit is een van de reeds wat langer opgenomen cliënten, die het eventueel in behandeling komende cliëntsysteem wegwijs maakt op de afdeling en het een en ander hierover vertelt. De cliëntengids werkt hierin nauw samen met de intaker, en af en toe wordt bij zeer moeilijk lopende intakes een cliëntengids gevraagd, die soortgelijke problemen had bij eigen aanmelding. Dit werkt dan vaak zeer ontspannend en verhelderend. Deze 'cliënten helpen cliënten'-gedachte is een belangrijke kracht die op de afdeling wordt gebruikt.

Van de 51 opgenomen cliënten zijn er over het algemeen 36 in cliëntsysteembehandeling, d.w.z. systematisch (minimaal 2 x per week) als systeem in behandeling. De cliëntsysteembehandelingen vinden hoofdzakelijk in groepen plaats. Er zijn daartoe drie à vier relatieparengroepen, waarbij iedere groep uit zes paren bestaat. In deze groepen kan zowel interactioneel als intra-actioneel gewerkt worden. Het is over het algemeen zo dat van één derde van deze paren (overigens kunnen ook driehoeksverhoudingen deelnemen) beide partners opgenomen zijn; van de overigen is de ene partner opgenomen, terwijl de andere partner tweemaal per week of meer aan de behandeling meedoet. Voorts zijn er 1 à 2 anderssoortige cliëntsysteemgroepen. Deze groepen bestaan uit 4 à 5 gezinnen, gedeelten van gezinnen, of uitgebreide gezinnen (d.w.z. bijv. aangetrouwde familie en/of neven en/of nichten),

waarvan één of twee partners opgenomen zijn. Ten slotte zijn er nog twee à drie individuele cliëntsysteem mogelijkheden, naast aanvullende mogelijkheden voor systemen, op de creatieve of bewegingstherapie. De 16 andere opgenomen cliënten zijn óf in individuele behandeling omdat er geen relevant cliëntsysteem is, óf in incidentele individuele (niet groeps-) cliëntsysteembehandeling. Dit laatste houdt in dat er gesprekken plaatsvinden met familie, vrienden, kennissen, werkgevers en/of collega's. De frequentie van dit soort gesprekken varieert tussen de 1 en 5 x per opname.

Alle opgenomen cliënten zijn verdeeld in zes groepen van acht à negen cliënten, waaraan twee sociaal medewerkers meewerken. Deze groep wordt de plangroep genoemd en bespreekt met elkaar de voortgang, het verloop en eventuele verandering van ieder der cliënt(system)en. De plangroepmedewerker heeft hierin hoofdzakelijk een begeleidende en grenzenstellende rol. In deze plangroep en overigens ook op de rest van de afdeling wordt veelvuldig gebruik gemaakt van de *triade*: bij een onduidelijkheid of een vraag naar verder uitdiepen van een probleem wordt vaak een triade afgesproken. Deze bestaat dan uit een cliënt die een probleem stelt, een cliënt die helpt het probleem te verduidelijken, en een cliënt die het proces van de eerste twee bewaakt. De uitslag van zo'n triade wordt dan weer teruggebracht in de plangroep. Bij zo'n triade kan eventueel een medewerker gevraagd worden. Dit triadesysteem blijkt in de praktijk een zeer goede mogelijkheid om: (1) cliënt-cliantcontacten nuttig te gebruiken en openheid hierin te houden; (2) de behandeling te intensiveren en meer systematisch te comprimeren; (3) meer verantwoordelijkheid te delen met cliënten, waardoor (4) er minder afhankelijkheid van de medewerkers ontstaat.

Eens per week is er een cliëntbespreking, waarbij per plangroep de medewerkers met een algemeen consulent (psycholoog of psychiater) de behandelingsplanning bepraten. De opgenomen cliënten zijn aanwezig bij deze cliëntbespreking, tenzij dit niet zinnig lijkt; dit wordt dan met de cliënt besproken (dit komt zelden voor). Belangrijke veranderingen in het behandelingsplan worden in ieder geval met het cliëntsysteem besproken na de cliëntbespreking, soms wordt het cliëntsysteem bij de cliëntbespreking uitgenodigd.

Eenmaal per week komt de afdelingsarts bij de plangroep voor de zogenaamde *lijfspraak*. Hierin worden vragen naar medicatie, bijv. slaapmedicatie, besproken en komen lichamelijke (veelal psychosomatische) klachten aan bod.

De afdeling kent drie gezamenlijke totaalbijeenkomsten voor de opgenomen cliënten per dag:

a — de *ochtendoverdracht*, waarin de uitspringende gebeurtenissen van de vorige avond en de nacht besproken worden met alle medewerkers en alle cliënten;

b — de *avondoverdracht*, waarin alle cliënten en alle medewerkers uitspringende gebeurtenissen van die dag bespreken, en

waarin de avond- en weekendplannen worden doorgegeven en overgedragen. Hier worden tevens de avondmedewerker, die ook slaapdienst voor de aangrenzende nacht heeft, en de sluimerdienst — een cliënt — bekendgemaakt. De medewerker-slaapdienst slaapt op een andere etage dan de cliënt-sluimerdienst. Deze slaapt op een apart kamertje op de afdeling. Het is over het algemeen de bedoeling, dat iedereen 's nachts slaapt, maar degenen die erg moeilijk kunnen slapen, kunnen dan naar de sluimerdienst. Deze probeert dan zo snel mogelijk met de desbetreffende cliënt weer tot slapen te komen. Komt de sluimerdienst er niet uit, dan kan hij de slaapdienstmedewerker bellen.

Na deze avondoverdracht, die om half zes is afgelopen, gaan alle cliënten die in dagbehandeling zijn en alle medewerkers, behalve de avondmedewerker, naar huis. Om half elf 's avonds is er dan het derde gezamenlijke overleg:

c — het *avondoverleg*: hierin bekijken de cliënt-sluimerdienst en de avondmedewerker-slaapdienst of er problemen voor de nacht zijn, zodat ze hiervan beiden op de hoogte zijn. Alle klinisch opgenomen cliënten die nog op zijn, zijn hierbij aanwezig.

De drie bovengenoemde bijeenkomsten worden geleid door een cliënt, terwijl een medewerker verslag hiervan legt. In alle overdrachten wordt door cliënt en medewerkers actie ondernomen, indien nodig; als er cliënten zonder opgave niet aanwezig zijn of als er conflicten zijn e.d. Het blijkt dat sinds we zijn overgegaan van een nachtdienst-medewerker op een combinatie van sluimerdienst en slaapdienst, er 's nachts minder mensen een beroep doen op hulpverlening, die ook overdag kan gebeuren.

Voorts is er nog éénmaal per week een zogenaamde huiskamerzitting, waarbij alle opgenomen cliënten en medewerkers gedurende anderhalf uur per week bijeenkomen om langerdurend op belangrijke gebeurtenissen van de afgelopen week te kunnen ingaan.

Er is — eens in de zeven weken — een familie- en kennissenavond, waarbij vrienden, kennissen en familie, verwijzers van cliënt(systeem)en die bij ons in behandeling zijn, gezamenlijk in gesprek gaan over alles waar op dat moment vragen over zijn t.a.v. onze afdeling en behandeling. Uit deze avonden komen soms weer nieuwe cliëntsysteemgesprekken op de afdeling voort en soms ook nieuwe opnamen. Opgenomen cliënten en systeemleden, die wat verderaf staan en niet direct bij de behandeling betrokken zijn, vinden hierdoor vaak een beter begrip bij elkaar. Voor een uitgebreide beschrijving van een familieavond wil ik verwijzen naar een artikel van Van Luin (1974).

Alle hierboven geschetste werkwijzen hebben natuurlijk voordelen en nadelen, mogelijkheden en onmogelijkheden, en om tot alle bovengenoemde werkwijzen te komen is er heel wat afgepraat. Ik wil er hier slechts enkele opmerkingen over maken. Alle overgangen, zoals die van individuele cliëntsysteembenadering naar relatieparen of andere cliëntsysteemgroepen (vier jaar geleden), van cliëntbesprekingen zonder cliënten naar cliëntbespre-

kingen met cliënten (één jaar geleden), van een nachtdienst-medewerker naar een slaapdienstmedewerker en een sluimerdienst (vier jaar geleden), zijn met veel speculaties gepaard gegaan. Terecht mijns inziens: grondige overwegingen dienen vooraf te gaan aan zulke belangrijke veranderingen. Wat echter bij iedere verandering terugkwam, was dat er, niet uitgesproken, angsten van de medewerkers waren, die werden omgezet in rationalisaties voor de cliënt, in de vorm van: 'kan de cliënt dat wel aan, is het wel goed voor de cliënt', enz. Na iedere verandering bleek telkenmale, dat de cliënten over het algemeen niet aan deze angstige verwachtingen en voorspellingen beantwoordden. Natuurlijk speelden echte angsten bij cliënten ook mee, maar deze bleken achteraf veel minder te zijn en bovendien meer bespreekbaar dan medewerkers tevoren hadden gefantaseerd. Dit bleek iedere maal opnieuw in de experimentele fase, die wij bij iedere verandering opzetten. De angsten en onmogelijkheden van de medewerkers bleken een belangrijke rol te spelen in de discussies van cliënten hierover.

Het is daarom ook belangrijk, dat de medewerker zo gewoon en vertrouwd mogelijk is met de werkzaamheden en de ideeën die hij uitvoert. Zo blijkt dat intakers, die vertrouwd zijn en gewend zijn aan de cliëntstelsystemgedachte en deze ook als vanzelfsprekend uitdragen, makkelijker tot een cliëntstelsysteembehandeling kunnen komen dan intakers, die het zelf nog niet helemaal weten of toepassen. Zoals vaak, lijkt dus de weerstand of de moeilijkheid van de medewerker gemakkelijk de weerstand van cliënt of de moeilijkheid van de cliënt te versterken. Het lijkt daarom belangrijk om constante training, supervisie en intervisie te realiseren, hetgeen wij ook doen.

Methoden

In het kader van dit stuk wil ik slechts een korte aanduiding van de methoden geven. Bij een kortdurende intensieve behandeling en cliëntstelsysteemgericht werken, zoals hierboven geschetst, passen een aantal therapeutische methoden juist wel en andere weer niet. Voor het BC volgen de meeste cliënt(system)en van iedere afgesproken therapie ongeveer 20 zittingen. Ieder heeft in zijn behandelingsplan creatieve of bewegingstherapie, een interactietherapie, en een intra-actietherapie. In de intra-actietherapieën wordt onder meer gebruik gemaakt van psychodrama, Gestalt en gedragsmatige technieken, terwijl ook analytische en transactioneel-analytische begrippenkaders gehanteerd worden.

Voor het OC wordt alleen met individuele cliëntsystemen gewerkt. Intensieve gedragsmatige aanpak en/of verkenningen in het systeem vinden plaats. Bij separeergebruik wordt het systeem, als dit er is, meestal van tevoren ingeschakeld. Ook het opheffen van het separeren wordt beslist in het cliëntstelsysteem. Natuurlijk komt het voor dat bij acuut op de afdeling optredend gevaarlijk geacht gedrag er onmiddellijk gesepareerd moet worden. Dit

wordt dan altijd zo snel mogelijk hierna met het cliëntensysteem doorgepraat. Op deze PAAZ wordt veel met contracten gewerkt: behandelingscontracten, separeercontracten, niet-zelfdodingscontracten. De voordelen van het werken met contracten zal ik elders nog bespreken. Op het OC wordt wel met psychofarmaca gewerkt, op het CC en BC bijna niet.

Wij zijn een instituut voor kortdurend intensieve behandeling. Dit wil zeggen dat we bij langerdurende behandelingen verwijzen naar daartoe meer geëigende instituten. We vinden het niet op onze weg liggen om alle behandelingen tot het eind af te ronden. Ons deel is meer om een aanzet of een krachtige impuls te geven. Voor sommige systemen is dit voldoende om zelf verder te kunnen, voor anderen is dit een overbrugging naar een instituut voor langerdurende behandeling en voor weer anderen is het een aanzet tot of een versnelling van een langerdurend ambulant contact. In mijn ervaring met zowel ambulante langerdurende psychotherapie als met klinisch kortdurende therapie, werkt een intensieve opname vaak versnellend, waardoor langerdurende ambulante bijeenkomsten verkort kunnen worden. In dit opzicht lijkt een kortdurende klinische opname vaak te verkiezen boven alleen een langdurend 1 x per week contact. Hiermee wil ik zeggen dat kortdurende opname-instituten, mits goed geïntegreerd, beter gebruikt kunnen worden in ambulante voorzieningen; dit in tegenstelling tot de mening dat opname voorkomen dient te worden.

Cliëntenaanbod

Alhoewel iedere benadering, dus ook de onze, drempels opwerpt t.a.v. mogelijkheden voor cliënten, komt in principe iedere cliënt bij ons in aanmerking voor behandeling. Of wij overgaan op een cliëntensysteembehandeling of een patiëntenbehandeling, eventueel met bewaking of een inbewaringstelling, en op welke van de afdelingen er dan wordt opgenomen, hangt af van de situatie en gebeurt in overleg met het cliëntensysteem. Wij willen dus ongeselecteerd en zo breed mogelijk werken.

Literatuur

- Bertalanffy, L. von (1966), *General Systems Theory and Psychiatry*. In: S. Arieti (ed.), *American Handbook of Psychiatry*, Basic Books, New York.
- Bertalanffy, L. von (1968), *General Systems Theory: foundations, development, applications*, Penguin Books, Harmondsworth, Brazilles, New York.
- Blom, J. en E. Werlemann (1970), *Nota over een ontwerp psychiatrische afdeling algemeen ziekenhuis*, ongepubliceerd, Ziekenhuis Overvecht, Utrecht.
- Bierenbroodspot, P. (1969), *De therapeutische gemeenschap en het traditionele psychiatrische ziekenhuis*, Boom, Meppel.
- Cooper, D., *The death of the family*.
- Groen, J. (1975), Intrapsychisch versus interactioneel, *Tijdschrift v. Psy-*

chotherapie, nr. 1.

Hoefnagel, A. H. J. M. (1976), Systeembenadering en sociologie, *Intermediair* 12, nr. 10.

Jones, M. (1952), *The Therapeutic Community*, Basic Books, New York.

Laing, R. (1970), *The politics of the family and other essays*, Tavistock Publications, London.

Laqueur, H. P. (1968), General Systems Theory and Multiple Family Theory, *Current Psychiatric Therapy*, Vol. 8, Grune and Stratton, New York.

Luin, J. van (1974), Familieavonden in een psychiatrische opnamekliniek, *M.G.V.* 29, nr. 10.

Minuchin, Salvador (1973), *Gezinstherapie*, Spectrum (oorspr. titel: Families and family Therapy: A structural approach).

Satir, Virginia (1964), *Conjoint therapy*, Science and Behavior Books, Palo Alto.

Tilburg, W. van en D. Keuning (1976), Systeembenadering en klinische psychiatrie, *Tijdschrift v. Psychiatrie* 18, 471-482.

Trimbos, K. (1975), *Antipsychiatrie, een overzicht*, Van Loghum Slaterus, Deventer.