

De Very Intensive Care afdeling: beveiliging en behandeling hand in hand

door H. J. C. van Marle

Inleiding

In dit artikel zal het gaan over de Very Intensive Care afdeling, een verblijfs- en behandelingsafdeling voor patiënten met dreigend agressief en agressief acting-out gedrag. Hierover is tot op heden weinig gepubliceerd. Momenteel staat deze wijze van behandelen echter sterk in de belangstelling. Dit lijkt de volgende redenen te hebben. De kennis van diagnostiek en therapie van acting-out gedrag bij vroege psychiatrische stoornissen is de laatste twintig jaar enorm toegenomen, met name door de studies van Kohut en Kernberg. In de praktijk blijkt een categorie psychiatrische patiënten te ontstaan wier onaangepaste gedrag niet te hanteren, laat staan te behandelen is op de opnamepaviljoens van de psychiatrische ziekenhuizen: de zogeheten SGA-patiënten (Hardeman, 1980). Binnen het t.b.r.-veld is er een verschuiving te constateren van de diagnose ontwikkelingspsychopatie naar die van borderline personality: de t.b.r.-gestelden worden als groep jonger, hebben een grotere verscheidenheid in de delicten voor het t.b.r.-delict, het percentage geweldsdelicten is aanzienlijk toegenomen. De vraag naar gesloten plaatsen binnen de inrichtingen stijgt en is inmiddels onderwerp van beleid geworden.

Omdat verschillende wijzen en gradaties van het limiteren van ongewenst gedrag aan de orde komen, zijn twee prealabele opmerkingen op hun plaats.

Het grenzen stellen aan niet gewenst gedrag zal in een behandelingssituatie in de eerste plaats voort moeten komen uit zorg voor de patiënt. Vergelding, ook na calamiteiten, is uit den boze, hoezeer terechte woede en onmacht van de behandelaars hier rechtvaardiging in zullen trachten te vinden. Het louter straffen, of het tegenovergestelde, het niet realistisch interveniëren bij bepaald gedrag veroorzaakt bij de patiënten die het hier betreft, gevoelens van in

de steek gelaten worden, gebaseerd op concrete ervaringen uit hun vroege jeugd. De anamnese van deze patiënten geeft namelijk vaak ernstige affectieve verwaarlozing of afwijzing aan. Al snel worden de behandelaars dan gereduceerd tot de stereotiepe tekortschietende ouders en daarmee uitgeschakeld. Door in alle interventies het empathisch-zorgende aspect als basisvoorwaarde te nemen en dit ook in de reacties van de patiënt te toetsen, wordt de mogelijkheid geschapen tot een corrigerende emotionele ervaring; het nalaten ervan is een zelfde herhaling van eerdere ervaringen, en zal dus leiden tot een herhalen van het niet aangepast gedrag. Zorg mag echter niet verward worden met verwenning.

Een andere opmerking valt te maken over het verband tussen agressief gedrag en psychiatrische stoornis. Hoewel dit verband evident lijkt, is de literatuur hierover niet eenduidig: sommigen menen dat psychiatrische patiënten die opgenomen zijn geweest, ervoor en erna minder overtredingen en misdrijven begaan dan de gemiddelde bevolking; anderen vinden aanwijzingen voor net zoveel of meer (Rappoport en Lassen, 1965). Het voorspellen van gevaarlijk gedrag op basis van psychiatrische en sociologische gegevens blijft een hachelijke zaak; het is spijtig te moeten concluderen dat alleen het aantal eerder gepleegde delicten tot nu toe een zekere predictieve waarde hebben (Rubin, 1972; Quinsey, 1979). Het afschatten van en anticiperen op agressief gedrag lijken gemakkelijker te worden als wij ons beperken tot bepaalde diagnostische categorieën van personen die wegens een eerder gepleegd delict zijn opgenomen. Dietz en Rada (1982) merkten echter op dat geweldsincidenten in een 'maximum security hospital' niet significant méér veroorzaakt worden door patiënten die een delict tegen personen hebben begaan; daarbij komt nog dat 77% van alle agressieve incidenten niet werd voorafgegaan door enig representatief voorval. Voor een afdeling waar getracht wordt ernstig gestoorde patiënten zodanig te behandelen dat er geen recidive van onaangepast gedrag of van delict zal optreden, zijn allerlei kleine emotionele en gedragsveranderingen bij de patiënten dus belangrijk. Dit werken 'onder een microscoop' kan alleen als de afdeling klein genoeg is.

In het volgende zal ik rapporteren vanuit mijn ervaringen als afdelingsarts van de Very Intensive Care afdeling van de Dr. S. van Mesdagkliniek. Deze afdeling is tien jaar geleden ontstaan uit de behoefte aan sommige langdurig gesepareerde patiënten meer contactmogelijkheden te bieden met een gewaarborgde veiligheid voor anderen, en is sedertdien aan veel veranderingen onderhevig geweest. De laatste jaren stabiliseert het regiem zich en lijkt het tijd om de opgedane behandelingservaring te toetsen aan een breder forum van collegae en andere belangstellenden. Alvorens de beleidslijnen ten aanzien van storend, veelal agressief gedrag te bespreken waarin beveiliging en behandeling samengaan, wil ik eerst de Very Intensive Care afdeling beschrijvenderwijs aan u voorstellen, samen met de vigerende principes van beveiliging en van behandeling.

Patiënten en afdeling

De Very Intensive Care afdeling van de Van Mesdagkliniek heeft sedert het begin van de huidige situatie (begin 1979) elf patiënten opgenomen, het merendeel (zeven) vanuit de kliniek zelf. Momenteel (1 januari 1983) verblijven er zes patiënten. Van de vijf die de afdeling verlieten zijn er twee intern overgeplaatst, ging er één terug naar de gevangenis en verlieten er twee de kliniek met ontslag. De opname-indicatie en juridische status van deze patiënten is te verschillend om een gemiddeld te verwachten verblijfsduur te bepalen, naast de relatief korte looptijd van de huidige afdeling. De patiënten zijn allen op de afdeling geplaatst wegens een chronisch dysregulerend gedragspatroon. Dit gedrag wordt gehandhaafd omdat het een belangrijke functie vervult in de karakterafweer van de betrokken patiënt; het blijft zich zowel in de maatschappij, als in gevangenis of inrichting manifesteren, omdat het is gaan behoren tot de wijze waarop die persoon zich tracht te adapteren aan zijn omgeving. Als getracht wordt dit gedrag te verbinden aan een klinisch psychiatrische diagnose, valt een grote diversiteit aan vroegkinderlijke ontwikkelingsstoornissen op: paranoïde psychose, borderline personality, narcistische persoonlijkheidsstoornis, ontwikkelingspsychopathie, secundair autisme. Deze diagnoses kunnen echter ook gesteld worden bij de overige bewoners van de kliniek en zijn dus geen zins specifiek voor deze afdeling.

De indicatiestelling richt zich met name op een gedragspatroon, dat zodanig is dat een afdeling bij voortduring ontregeld wordt door agressief gedrag of dreiging daarmee. Het continue karakter van dit gedrag moet hierbij onderscheiden worden van acute desintegratietoestanden die een meer eenmalig, situatief karakter dragen, en waarop afdoende te reageren valt met een kortdurende separatie, resp. isolatie. Bij de groep waar het hierom gaat treden desintegratietoestanden zo onvoorspelbaar en recidiverend op dat de goede gang van zaken op een afdeling blijvend verstoord raakt, hetgeen weer een slechte invloed op de betrokken patiënt en zijn medepatiënten heeft. Er is nu getracht daar rondomheen een afdeling op te zetten waarin de voordelen van de isolatie-situatie (veiligheid voor het personeel met behoud van de emotionele benaderbaarheid van de patiënt; de zeer gestructureerde zorg van het team) samen zouden gaan met de voordelen van een gezamenlijke leefsituatie met alle groepsprocessen vanden.

De chronisch dysregulerende gedragspatronen waarbij de indicatie voor deze afdeling gesteld kan worden zijn:

1. dreigend en/of gebleken agressief gedrag: slaan, gijzelingen, etc.;
2. grote vluchtgevaarlijkheid én delictgevaarlijkheid;
3. dysregulatie in engere zin: onhanteerbare splijting in het team, schijnaanpassingen met recidive buiten de inrichting;
4. niet te verminderen alcohol- of harddrug-gebruik en het verhandelen van deze middelen;
5. automutilerend gedrag.

De ernst van de stoornis en het zeer verschillend gedrag maken een geïndividualiseerde behandeling noodzakelijk. De verpleging – het ingebed zijn in een sociotherapeutisch netwerk volgens hiërarchische beslissingslijnen –, is echter voor alle patiënten gelijk: voor hen en het personeel zijn er regels die voor de hele afdeling gelden, voortvloeiend uit de behandelingsfilosofie en het daaruit volgend beleid.

Beveiliging

Binnen de soorten afdelingen: open, besloten, gesloten en zeer gesloten, valt de vic-afdeling onder de laatste. Dit wil zeggen dat de eigenschappen van de gesloten afdeling, zoals ik die eerder (Van Marle, 1982b) heb beschreven, hierop het meest consequent van toepassing zijn, en dat onbegeleid verkeer van patiënten van deze afdeling met de rest van de kliniek niet mogelijk is. In de praktijk betekent dit dat het een camera-beveiligde, overzichtelijk gebouwde afdeling is waar als hoofdregel geldt: alle interacties tussen de patiënten onderling moeten minstens visueel controleerbaar zijn. De patiënten brengen in principe hun dag op de afdeling door, tenzij het voor sommige activiteiten noodzakelijk is zich naar elders te begeven, zoals bijvoorbeeld arbeidstherapie of sport. In die gevallen is de ruimte voor hen gereserveerd en worden zij continu van dichtbij begeleid door een van de sociotherapeutische medewerkers van de afdeling. Contact met de overige medepatiënten uit de kliniek is niet toegestaan.

De Very Intensive Care omvat momenteel twee afdelingen met elk vier plaatsen. Dit is het maximale aantal patiëntenplaatsen gebleken waarbij de interacties nog te overzien zijn, zowel personeels-technisch als voor de patiënten zelf. De personeelsbezetting is tijdens kantooruren: continu 3 sociotherapeutische medewerkers per afdeling, van wie er één zich uitsluitend op 'de post' bevindt achter veiligheidsglas. Hij heeft goed zicht op de afdeling, bedient de telefoon en coördineert de gang van zaken op de afdeling en de communicatie met de rest van de kliniek. Deze post mag door patiënten niet betreden worden. Het mag niet voorkomen dat de beide andere personeelsleden tegelijkertijd van de afdeling af zijn. Wanneer dit wel het geval is, met name bij teambesprekingen, zijn de patiënten in hun verblijf ingesloten. Deze overlegmomenten, waarbij twee keer per dag de afdeling verlaten is, heten dan ook wel 'de stille uren'. Zowel patiënten als personeelsleden vinden deze uren plezierig omdat ze even uit elkaars opgedrongen en indringende aanwezigheid weg zijn.

De toegangen tot de afdeling worden gevormd door sluisen met stalen deuren, beveiligd en bediend door beamtben die zich niet op een van beide afdelingen bevinden, maar op de centrale monitorpost. Ook de camerabeelden van de afdeling zelf worden door hen gecontroleerd. Op de verblijven van de patiënten zelf zijn, in tegenstelling tot de isoleerruimte, echter geen camera's. Het is de bewoners ervan niet toegestaan om bij elkaar in het verblijf te

komen. Voor de communicatie staat er in elk verblijf een telefoon, verbonden met de afdelingspost.

Verdere beveiligingsmaatregelen, zoals ligging in het geheel van het kliniekgebouw en de screening van bezoekers door maatschappelijk werkers, vallen buiten de strekking van dit artikel. Waar het hier om gaat is die veiligheidsmaatregelen te vermelden die de directe leefwereld van patiënten en personeelsleden bepalen, en die ten aanzien van de behandeling de meeste relevantie hebben.

Behandeling

Aan het begrip 'behandeling' met behulp van een afgedwongen verblijf moeten twee aspecten onderscheiden worden: verpleging en behandeling in engere zin. Door het verblijf op een gesloten afdeling met een klinische signatuur bevindt de patiënt zich direct al in een aan hem aangepast milieu, waarin door de deskundigheid van het personeel eventuele escalaties zoveel mogelijk voorkomen worden. De patiënt kan hier tot rust komen, er wordt hem een veilig nest geboden.

Dit verblijven in een aangepast milieu wil ik verpleging noemen; het is mijns inziens de basisconditie voor een eventuele behandeling. Ook wanneer een behandeling niet aanslaat en blijkt dat de pathologie met de daaruit voortvloeiende gevaarlijkheid voor anderen van blijvende aard is, is het aangepast milieu de primaire voorwaarde voor een verder verblijf als chronisch patiënt – waarbij het tot een van de voornaamste taken van de behandelaars gerekend moet worden om te bezien of er elders wel verdere mogelijkheden tot behandeling zijn. Het primair op behandeling gerichte sociotherapeutische milieu, in welk netwerk van interacties de patiënt zich, of hij wil of niet, bevindt, hoeft namelijk niet altijd persoonlijkheidsverandering te induceren. Behandeling is een proces dat allereerst uit de patiënt moet voortkomen, ook al is het in de vorm van een 'vechtcontact'. Mijn voorstel is dan ook de in het hulpverleningsjargon veel gebruikte term 'dwangbehandeling' te vervangen door 'dwangverpleging', zoals de wet voor tbr-gestelden ook voorschrijft. Voor het tbr-veld hebben wij dit elders uitgewerkt (Van Marle en Hoekstra, 1983).

Het aangepaste milieu levert samen met de beveiliging de draagkracht van zo'n gesloten afdeling. Dit wil zeggen, het vermogen in te spelen op bestaand gedrag op een zodanige manier dat niet alleen afwijkend gedrag gecorrigeerd wordt, maar ook dat er ten aanzien daarvan een preventieve werking uitgaat. Deze draagkracht en de behandelingsattitude van het personeel maken het mogelijk dat de patiënt voortdurend met zijn eigen opvattingen en gedrag geconfronteerd wordt. Het gedwongen verblijf maakt het hem onmogelijk weg te vluchten en elders door middel van zijn vertrouwde acting-out gedrag zich weer allerlei narcistische gratificaties te verwerven. En de neiging tot wegvluchten is groot, immers de patiënten waar het hier om gaat beleven, wanneer hun karakterafweer ter discussie komt, dermate sterke angsten en agressieve

neigingen, dat weglopen vaak de enige oplossing lijkt. Een consistente, betrouwbare attitude van het personeel is dan ook een eerste vereiste; angst bij de patiënt die angst oproept bij de behandelaars leidt tot een desastreuze vicieuze cirkel; ook daarom dient de beveiliging goed te zijn. Het concept 'holding environment' dat Winnicott (1965) essentieel acht voor de vroege moeder-kind relatie – en onze patiënten hebben veelal in zo'n vroege ontwikkelingsfase hun stoornis opgelopen – is direct van toepassing op deze behandelingssituatie: de afdelingssetting houdt niet alleen de patiënt vast, maar beschermt hem ook tegen zijn eigen angstverwekkende impulsen. Een goed voorbeeld hiervan is het isoleren waar ik hieronder nog op terug kom.

In deze beschermende regulerende setting zal de patiënt zich veilig genoeg voelen om nieuw gedrag uit te proberen. Het oude acting-out gedrag kost immers veel energie, omdat het voortkomt uit angst en insufficiëntiegevoelens. Het verschil tussen leven in de vroegere buiten-situatie en leven in de proefkamer van de afdeling wordt hem emotioneel duidelijk, omdat het afdelingsteam in tegenstelling tot zijn vroegere omgeving niet met hem meeageert, doch een consequente, op verduidelijking en interpretatie gerichte attitude aanneemt. In verschillende situaties merkt de patiënt dan dat niet de ander oorzaak van zijn gedrag is, maar dat zijn gedrag gebaseerd is op eigen verlangens en impulsen die hij zich tot op heden niet bewust is geweest. Externe lijdensdruk (de dwangsituatie) verkeert nu in inwendige lijdensdruk, de patiënt raakt op basis hiervan gemotiveerd tot verandering.

Naast het opbouwen van een 'holding environment' is een van de belangrijkste taken van het team het voortdurend differentiëren tussen fantasie en werkelijkheid bij de patiënt, en tussen innerlijk 'klaarliggende' gevoelens en gevoelens opgewekt door de concrete situaties. Op deze wijze worden aan hem duidelijke grenzen gesteld, hetgeen gevaren die door hem aanvankelijk voor reëel worden gehouden en op die wijze aanleiding gaven tot agressief verweer, terugbrengt tot wat ze zijn: projecties van eigen angstaanjagende impulsen. Dit limiteren kan alleen succesvol zijn als de behandelaar zich ook als een reëel persoon tegenover de patiënt durft op te stellen, waardoor deze directe feed-back heeft over wat zijn gedrag bij anderen teweeg kan brengen (Adler en Shapiro, 1973).

Op deze manier gaat de patiënt steeds meer van het team verwachten voor wat betreft zijn integratie, regulatie en realiteitstoetsing, temeer daar hij steeds onzekerder over zichzelf wordt. Doordat het bekende gedrag van dreigen, manipuleren etcetera geen effect meer heeft, treedt regressie op: driften met een passief doel gaan overheersen, de afweerorganisatie wordt kinderlijker en minder hecht, de afgeweerde agressie wordt ook voor hem zelf duidelijker merkbaar. Schijnaanpassing is door de indringende realiteitsconfrontatie op de vic-afdeling bijna niet mogelijk, vandaar het hoge spanningsniveau.

Het conflict bij de patiënt tussen zijn narcistisch ideaalbeeld en de

afgeweerde insufficiëntiegevoelens wordt in acting-out gedrag op de afdeling uitgeleefd, waarbij zowel personeel als medepatiënten hun rol krijgen toebedeeld – en deze ook vaak op zich nemen. Door de herhalingsdrang wordt de traumatiserende situatie opnieuw geschapen (Giovacchini, 1979) en kan er, net als in de delictsituatie, een impulsdoorbraak komen als de omgeving zich niet zo laat rangschikken als de patiënt dat wenst. Alle emoties die dit met zich meebrengt, zijn nu in het hier – en – nu gedragsmatig voor de behandelaars beïnvloedbaar. Dit is mijns inziens het kenmerkende, maar ook noodzakelijke verschil tussen de behandeling van vroeg affectief verwaarloosden en neurotisch gestoorden: bij de eersten moeten de intra-psychische conflicten concreet, niet verbaal of anderszins gesymboliseerd, in conflict met aanwezige overdrachtsfiguren uitgewerkt worden, voordat ze benoemd kunnen worden en bijvoorbeeld in een individuele psychotherapie toegankelijk zijn (zie ook: Reicher, 1979). Hoe ernstiger de conflicten, hoe dieper de regressie wordt, hoe beter beveiligd en meer beschermd de faciliterende situatie moet zijn. Een goede teambegeleiding en supervisie is hierbij onontbeerlijk (Van Marle, 1982a).

Beleid ten aanzien van agressief gedrag

Het spreekt vanzelf dat bij het omgaan met agressieve patiënten de veiligheid van personeel en medepatiënten voorop staat. In de maatregelen tot fysieke bescherming dienen de mogelijkheden tot een blijvende verandering van het agressieve gedrag zoveel mogelijk verweven zijn: beveiliging en behandeling hand in hand. In het volgende zal getracht worden aan te tonen hoe het noodzakelijke restrictieve gedrag van het team omgebogen wordt tot het persoonlijkheidsveranderende attitude jegens de patiënt. De in het bovenstaande beschreven opvattingen van de Very Intensive Care vormen de basis van zowel de structurele als de incisieve taken van het behandelteam op de v.i.c.-afdeling, dat wil zeggen die taken welke zich voortdurend op de afdeling afspelen, en die welke plaats hebben na een (auto-)destructieve actie van een patiënt. Preventieve en curatieve attitudes gaan hierbij geleidelijk in elkaar over.

Structurele taken

1 – De *individuele behandeling* op een kleine afdeling met voldoende personeel. Hierdoor kunnen de patiënten voldoende persoonlijke aandacht krijgen van de teamleden met wie zij – zij het verdund – primitieve overdrachtsrelaties kunnen vormen. In dit contact staat de 'good-enough mothering' (Winnicott, 1965) centraal. Zo is het bijvoorbeeld zaak dat bij de komst van een nieuwe patiënt op de afdeling, meer dan gewoonlijk wordt toegezien dat de overigen niet in tijd en aandacht achteruit gaan.

2 – Het werken in een *teamverband* waarin de onderlinge functies zo goed mogelijk van elkaar overgenomen kunnen worden (Van Marle, 1982b). De 'hand-in-hand' benadering (in de Van Mesdagdagkliniek het vaste begeleiderschap geheten), die elders de hef-

boom tot de behandeling is, voert bij deze zeer vroeg in hun ontwikkeling gestoorde patiënten tot zeer intense overdrachtsgevoelens die bij het individuele teamlid een heftige, therapeutisch niet meer hanteerbare tegenoverdracht oproepen. De overdracht wordt als het ware verdund door hem over het team uit te spreiden. Dit heeft als voordeel dat er op gecontroleerde wijze tegemoet gekomen wordt aan het bij deze patiënten veelvuldig voorkomende afweermechanisme 'splitsing', waardoor de patiënt niet zo snel onder druk wordt gezet.

3— Het werken met patiënten die in psychotherapie zijn, waarover zij *niets hoeven mee te delen*. Voor de v.i.c.-afdeling, waar de hand-in-hand begeleiding niet bestaat en vervangen is door een totaal-team met de daaruit voortvloeiende gedetailleerde teambesprekingen, is klinische psychotherapie onontbeerlijk indien de patiënt deze wenst. Hij moet namelijk ergens een plek hebben waar hij zijn kwetsbare zelf kan laten zien en onderzoeken met alle gevoelens van dien. Bij individuele teamleden zal hij hiertoe niet snel geneigd zijn: zij kunnen en moeten regulerend optreden en hebben een informatie-plicht tegenover hun collegae. De angst is bij hem groot dat zijn onzekerheden en kwetsbaarheden tegen hem zullen worden gebruikt, een herhaling van de veelal bittere levensgeschiedenis. Ook zal de patiënt de neiging hebben het teamlid als mede-beleidsvormer en -uitvoerder voor zich te winnen en als 'advocaat' voor hem te manipuleren. Een psychotherapeut die q.q. buiten het beleid staat en tot geheimhouding verplicht is, heeft deze nadelen niet.

4— Het ervoor zorgen dat alle *interacties tussen patiënten onderling overzichtelijk en open* zijn. De teamleden dienen bij alle interacties aanwezig te zijn, of zich ervan vergewist te hebben wat het onderwerp van gesprek is, zodat visuele controle kan volstaan. Het kan de patiënten niet toegestaan worden om bij elkaar in het verblijf te komen, ook niet met een begeleider. Op deze wijze worden onderlinge symbiotische relaties tegengegaan die vaak een bestendiging van het pathologisch relatiepatroon betekenen of een gezamenlijke afweer tegen de behandeling. Ook de kans op het beramen van een ontvluchting of het smokkelen van contrabande wordt zo geminimaliseerd.

5— Het verschaffen van de benodigde *informatie* aan de patiënt en het betrachten van grote *openheid* bij het tot stand komen van beslissingen. Door de plaatsing op een zeer gesloten afdeling gaat alle contact dat de patiënt wil hebben met de buitenwereld via het team. Deze vérstrekkende afhankelijkheid van het team ten aanzien van informatieverstrekking en beslissingen, kan bij de patiënt gevoelens van derealisatie en achterdocht opwekken, waarop zoveel mogelijk geanticipeerd moet worden (Rosen, 1975). De patiënt moet die gegevens hebben die hem zijn situatie en zijn plaats in het behandelingsproces zo duidelijk mogelijk maken, zodat hij een reëler beeld van zichzelf kan vormen, hetgeen zijn behandelingsmotivatie ten goede zal komen. Ook kunnen verschillende opvattingen in het team rondom zijn persoon hieraan een bijdrage leve-

ren. Er dient echter voor gewaakt te worden de individuele teamleden met naam aan een bepaalde visie te koppelen; op deze wijze zouden die de kans lopen tot zondebok gemaakt te worden, met alle consequenties van dien.

6 – *Weigeringen* van patiënten om deel te nemen aan een bepaald activiteitenrooster dienen *gerespecteerd* te worden. Vaak zijn deze patiënten qua emotionele ontwikkeling nog zo onrijp, dat een planmatig, gericht bezig zijn niet bij hen opkomt. Een goede diagnostiek is hierbij onontbeerlijk. Hen dwingen activiteiten te doen leidt slechts tot schijn aanpassing of tot het oplopen van de spanning met een onproductieve uitbarsting als gevolg. De mate waarin zij op eigen initiatief een programma volgen, is een van de parameters van een succesvolle behandeling, die niet afgedwongen kan worden.

Incisieue taken

In volgorde van ernst van ingreep volgt hier nu een opsomming van de incisieue taken van het team bij dreigend of gebleken gevaar. Ze zijn curatief in de zin van inperken en tegengaan van het gevaarlijke gedrag, terwijl tegelijkertijd voorwaarden worden geschapen om de oorzaken van dit gedrag weg te nemen. Deze ingrepen zijn niet los van elkaar te zien, elke stap dient te volgen op de vorige, waardoor het beveiligingsnetwerk steeds dichter om de betrokkene heen komt liggen wanneer de goede gang van zaken op de afdeling ('de orde') verstoord dreigt te raken. Maar daarbij wordt ook het behandelingsnetwerk strakker om hem heen gelegd, tezamen de 'holding environment', het beschermende milieu creërend. De patiënt wordt consequent en ondubbelzinnig op zijn gedrag gewezen, hij krijgt een duidelijke reactie dat hij te ver is gegaan, hij weet dat zijn team hem niet in de steek laat.

1 – *Consignatie op de afdeling* – Hierbij worden alle activiteiten gestaakt welke niet op de afdeling plaats vinden. Voor een v.i.c.-afdeling is consignatie eigenlijk een pleonasme, ware het niet dat sommige activiteiten noodzakelijkerwijze elders uitgevoerd moeten worden. Alle verkeer tussen afdeling en de rest van de kliniek staat nu voor een bepaalde periode stil. Zoveel mogelijk slecht controleerbare prikkels zoals telefoongesprekken en bezoek worden buitengesloten. Tussenvormen zijn het meeluisteren van een teamlid met de luidsprekende telefoon en het voortdurend begeleiden van een bezoek.

De ratio ervan is dat de patiënt meer interacties krijgt met de teamleden. Dit zal wellicht zijn agressie doen toenemen, maar die wordt sneller opgemerkt en bespreekbaar gemaakt, zodat zij niet meer afgekapeld kan blijven. Patiënt en team kunnen niet meer om elkaar heen. Consignatie kan toegepast worden wanneer een patiënt door middel van pathologische relatievorming het team wil trachten te ontlopen. Bij druggebruik is deze maatregel aangewezen: allerlei aanvoerlijnen worden zo goed mogelijk afgesneden, terwijl de patiënt hierdoor, en door de intensievere inbreng van het team gewezen wordt op zijn afhankelijkheid.

2— *Separatie in eigen verblijf*— Een volgende stap is het insluiten van de patiënt in zijn eigen verblijf, waardoor de teamleden zelf kunnen bepalen op welk tijdstip zij met hem in contact treden. Contact met medepatiënten is geheel onmogelijk. Indicaties hiervoor zijn vooral redenen van veiligheid, met dien verstande dat door de patiënt in zijn eigen leefwereld te houden de behandelingsrelatie niet ernstig wordt verstoord, of zelfs verbeterd kan worden. In deze gevallen gaat het om dreigend, 'broeierig' gedrag: psychomotore onrust met verbale agressie, of wanneer de patiënt zelf aangeeft zich moeilijk in de hand te kunnen houden.

Uit de praktijk met borderline- en randpsychotische patiënten blijkt dat de patiënt zelf vaak goed weet aan te geven hoe gevaarlijk hij is voor anderen of voor zichzelf. Op die momenten vraagt hij soms letterlijk om hem met twee personeelsleden, of helemaal niet op te zoeken uit angst voor een impulsdoorbraak. Het is zaak deze signalen niet te bagatelliseren.

3— *Isolatie in het isoleerverblijf*— Hierbij wordt de patiënt soms wel, meestal niet vrijwillig uit zijn eigen omgeving gehaald en in een sobere cel geplaatst, al dan niet onder camerabewaking. Naast de beveiliging is het belangrijkste van het isoleerverblijf het contact eromheen: op vaste tijden, minimaal vijf keer per dag, komen bekende personeelsleden, sommigen met een behandelingsfunctie, anderen met een beveiligingstaak, hem bezoeken voor eten, roken, gesprek etcetera. Het op deze wijze geïsoleerd zitten is de concretisering van het signaal: 'zo gaat het niet langer, je moet het helemaal van voren af aan opnieuw proberen'. In deze (gedwongen) rustige omgeving worden de mogelijkheden tot nieuw gedrag onderzocht, er wordt over en weer getracht tot een nieuwe start op de afdeling te komen. Voor een goed functioneren van de isolatie binnen het behandelingsbeleid is het noodzakelijk dat de indicatie ertoe aan patiënten en personeelsleden duidelijk is, zodat elke schijn van willekeur vermeden wordt.

Het is een ernstige ingreep in het leven van de patiënt en mag uitsluitend dienen ter beveiliging van hemzelf, zoals bij automutilatie, en die van anderen bij de bedreiging met geweld. Het gebruik van het isoleerverblijf dient mijns inziens flexibel te zijn: van time-out kamer tot een verzorging voor lange duur (in de praktijk meestal 1-3 maanden). De twee criteria tot continueren, die voortdurend in het oog gehouden moeten worden, zijn: is de patiënt nog gevaarlijk voor zichzelf of anderen; en, betekent het voortzetten van de isolatieperiode een verbetering in zijn klinische toestand nu en vervolgens met het oog op de overgang naar de afdeling. Spreekt het eerste criterium voor zich, het tweede is beschouwd als louter behandelingsreden te licht in verhouding tot de ernst van de ingreep, dat het als enige reden tot isolatie gerechtvaardigd is. Het gaat hier dan om het overgangsgebied waar beide criteria elkaar overlappen en aanvullen.

Ook moet ervoor gewaakt worden dat isolatie niet betekent: gevoelsmatig weg van de afdeling. Dit zou een afwijzing betekenen voor de betrokkene in plaats van het 'apart-zetten'. Het meestal

meer contact hebben dan de tijd ervoor op de afdeling met het afdelingspersoneel, voorkomt het gevoel in de steek gelaten worden, en geeft de zorg van het personeel weer.

4 – *Medicatie* – Op deze zeer gesloten afdeling nemen de beveiliging, de grote mate van gestructureerdheid, en de relatief grote hoeveelheid personeel een groot deel van de integrerende en regulerende ego-activiteiten van de patiënt op zich. Zij functioneren als het ware als een hulp-ego; met name gaat dit op wanneer de patiënt tijdens het behandelingsproces regredieert. Medicatie geven is in deze setting dan ook vaak niet geïndiceerd. Vragen de patiënten zelf om medicatie, dan doen zij dit meestal meer om de sederende of relaxerende bijwerking dan om de therapeutische hoofdwerking; in deze gevallen werkt de demping de behandeling tegen. Wanneer het regressieve gedrag veiligheidshalve niet meer hanteerbaar is, of wanneer de grote angst die het bij de patiënt teweegbrengt gefixeerd raakt, is mediceren op geleide van de symptomen wel aangewezen.

Het afgedwongen injiceren van medicatie is mijns inziens alleen in uiterste noodgevallen te rechtvaardigen, namelijk bij ernstige agressieve aanvallen vanuit een psychotische ervaringswereld, gericht op anderen of zichzelf. Een laatste redmiddel ter beveiliging dus, dat, mocht de betrokkene na verloop van tijd niet instemmen met het gebruik van een (depot)-preparaat, gestaakt moet worden als er geen direct gevaar meer bestaat. Aan de patiënt blijft dan de keuze tussen een onvrijwillig langdurig medicatiegebruik of een langdurige opname in een gesloten setting.

Slotbeschouwing

De bovenstaande beleidstaken, waarvan de noodzakelijkheid ligt in de ernst en lange duur van de vermelde acting-out, maken een opname op een vic-afdeling op vrijwillige basis onmogelijk. De behandelingsdruk is namelijk zeer hoog door deze beleidsvoering, wat inhoudt dat er een zwaar appèl gedaan wordt op de weerstand van de patiënt, die gedoseerd veranderd moet worden. Zelf ontslag nemen, respectievelijk ontvluchten ligt dan voor de hand. De mogelijkheid alleen al om uit de inrichting te komen geeft de patiënt een middel in handen zich zelf niet te gaan bezighouden met een behandeling, of het team te dwingen niet zo indringend met hem bezig te zijn. Daarnaast betekent een geïndiceerde patiënt, die tijdens deze behandeling wegloopt, een gevaar voor de maatschappij, aangezien bij het behandelingsproces afweermechanismen en adaptatievermogen eerst verzwakt moeten worden voordat van een reconstructie sprake kan zijn, zo dat ernstige impulsdoorbraken in de (veel minder gestructureerde) vrije maatschappij te vrezen zijn.

Very Intensive Care kunnen we nu definiëren als gedwongen verpleging in een aangepast fijnmazig sociotherapeutisch milieu rond de individuele patiënt met verdere optimale mogelijkheden tot persoonlijkheidsverandering, voor die patiënten van wie het ge-

dragzich kenmerkt door ernstige acting-out. Deze definitie is zowel van toepassing op de SGA (sterk gedragsgestoorde en/of agressieve) patiënten als op een bepaalde categorie tbr-gestelden, en voor beide groepen zijn mijns inziens analoge vic-afdelingen te construeren. Er volgt dan tevens uit dat een vic-afdeling vaak een 'eindstation' is, en dat behandelingsduur zich over jaren zal gaan uitstrekken. De opname-criteria zullen dan ook 'zwaar' moeten zijn, het is niet juist patiënten op te nemen die het niet eerst op een gewone gesloten afdeling hebben kunnen proberen – uitzonderingen daargelaten. Gezien de hoge kosten die voortvloeien uit de hoge personeelsbezetting en de beveiliging van de afdeling, zal deze afdeling zo efficiënt mogelijk gebruikt moeten worden.

Dit brengt ons bij het nog niet opgeloste probleem van de doorstroming. Want wat zullen de criteria voor ontslag moeten zijn: geschiktheid voor een gewone afdeling, of moet de patiënt zijn gehele behandeling op de vic-afdeling voltooid hebben? Het eerste is een pragmatisch argument omdat het de doorstroming groter maakt door een kortere verblijfsduur. Op basis van recente ontwikkelingspsychologische theorieën, waarbij de nadruk ligt op de ontwikkeling en ontplooiing van de persoonlijkheid binnen de dyadische moeder-kind relatie, verdient het de voorkeur het behandelingsproces in één en dezelfde setting te laten doorlopen: als een kind het goed doet in een pleeggezin wordt het toch ook niet overgeplaatst? Mijn ervaring tot op heden is dat wij om praktische redenen patiënten overgeplaatst hebben zodra ze voor een gesloten afdeling geschikt waren; van hun kant bestond hier echter veel bezwaar tegen. Deze praktische redenen waren deels onze opnamedruk, deels dat binnen het vic-regiem de betreffende patiënten niet meer voldoende mogelijkheden geboden kon worden zich met andere relaties binnen en buiten de kliniek bezig te houden. Als wij hiervoor voorzieningen hadden willen treffen, zou dit of het karakter van de afdeling hebben aangetast, of zou er toch weer een andere afdeling gecreëerd moeten worden.

Vaak rijst de vraag: is de scheiding tussen verpleging en behandeling nu wel terecht? Het plaatsen van een persoon in een sociotherapeutisch relatiernetwerk geeft voor hem de keuze tussen twee kwaden: veranderen of blijven. Het is dan ook niet verwonderlijk dat er een gedragsverandering optreedt. Maar elke gedragsverandering is nog geen behandeling, dat wil zeggen verbetert nog niet de prognose. Een afgedwongen plaatsing, inclusief dwangmedicatie, kan alleen gerechtvaardigd zijn om redenen van veiligheid en niet om die van behandeling. Medicatie bijvoorbeeld vermindert de gevaarlijkheid van een persoon doordat de impulsiviteit vermindert wordt, voor behandeling is daarnaast echter nog de (bewuste of onbewuste) motivatie van de patiënt noodzakelijk. Een patiënt kan ontoegankelijk zijn voor behandeling, respectievelijk persoonlijkheidsverandering, ook al wil hij zelf bewust nog zo graag anders. Behandeling slaat aan of niet, de patiënt kan er zelfs toe verleid worden; verpleging is een concreet, voortdurend aanwezig relatiernetwerk, een noodzakelijke voorwaarde voor behandeling

en het leefmilieu voor de chronische patiënt. Het team wil wel behandelen, maar als de behandeling niet aanslaat, wordt de patiënt niet behandeld. Om de zinvolheid van het verblijf te beoordelen kan niet volstaan worden met het vaststellen van eventuele veranderingen (of de afwezigheid ervan) bij de patiënt, maar is het afschatten van het proceskarakter van de behandeling veel relevanter, i.e. hoe verlopen de interacties tussen personeel en patiënt en welke veranderingen vinden hierin plaats?

Op diegenen die niet dagelijks werken met de regiembepalingen van een gesloten afdeling, zal de bovenstaande verhandeling waarschijnlijk overkomen als een agressief plot tegen opgesloten patiënten. Niets is echter minder waar. Het geweld dat hier beschreven is, vloeit voort uit de noodzaak het destructieve geweld van de patiënt, de alles vernietigende narcistische woede, te limiteren. De vroegkinderlijke razernij moet gekanaliseerd worden, voor de patiënt beheersbaar gemaakt worden voordat hij de geboden structuur kan internaliseren. Hij moet weten wat kan en wat niet kan, het internaliseren is een proces dat uit hemzelf moet voortkomen. Daarom tracht ik ook een onderscheid te maken in verpleging en behandeling: de patiënt is gedwongen op de afdeling geplaatst vanwege zijn daden, en daarin wordt hij nu beperkt; hij blijft vrij in zijn gevoelens en gedachten, hij hoeft ze niet te veranderen als hij dat niet wil. Maar zolang hij gevaarlijk is, blijft hij daar. Het verblijf op een vic-afdeling is op te vatten als een reconstructie van de vroegere dyadische ouder-kind relatie, met alle positieve en negatieve gevoelens van dien; maar nu bestaat de mogelijkheid opnieuw het individualiteitsproces door te maken, waarbij vroegere traumatische ervaringen doorgewerkt kunnen worden vanuit een beter beschermde positie dan weleer.

Literatuur

- Adler, G., L. N. Shapiro (1973), Some difficulties in the treatment of the aggressive acting-out patient, *Am. J. Psychotherapy* 27, 548-556.
- Dietz, P. E., R. T. Rada (1982), Battery incidents and batterers in a maximum security hospital, *Arch. Gen. Psychiatry* 39, 31-34.
- Giovacchini, P. L. (1979), *Treatment of primitive mental states*, Jason Aronson, New York.
- Hardeman, W. J. (1980), Sterk gedragsgestoorde en/of agressieve patiënten, *Maandbl. Geest. Volksgez.* 35, 974-989.
- Van Marle, H. J. C. (1982a), De vertaling van de behandelingsfilosofie en het afdelingsteam als behandelingseenheid, *Inzicht*, 9-16.
- Van Marle, H. J. C. (1982b), De staffunctie op een gesloten afdeling, *T. v. Psychiatrie* 24, 315-328.
- Van Marle, H. J. C. en R. C. Hoekstra (1983), De andere kant van de TBR, *Proces*, 13-23.
- Quinsey, V. L. (1979), Assessments of the Dangerousness of Mental Patients Held in Maximum Security, *Int. J. Law Psychiatry* 2, 389-406.
- Rappoport, R. J., G. Lassen (1965), Dangerousness-arrest rate comparisons of discharged patients and the population, *Am. J. Psychiatry*, 776-783.
- Reicher, J. W. (1979), Psychoanalytically oriented treatment of offenders diagnosed as development psychopaths: the Mesdagexperience, *Int. J. Law Psychia-*

try 2, 87-98.

Rosen, H. (1975), The impact of the psychiatric intensive care unit on patients and staff, *Am. J. Psychiatry* 132, 549-551.

Rubin, B. (1972), Prediction of dangerousness in mentally ill criminals, *Arch. Gen. Psychiatry*, 397-407.

Winnicott, D. W. (1965), *The maturational processes and the facilitating environment*, Hogarth Press, London.