

De staffunctie op een gesloten afdeling

door H. J. C. van Marle

Inleiding

De gesloten afdeling van het psychiatrische ziekenhuis is het laatste tiental jaren vaak het onderwerp van kritiek geweest. Maatschappelijke invloeden zorgden voor de wens naar democratisering en persoonlijke verantwoordelijkheid. Binnen de geestelijke gezondheidszorg ontwikkelde zich de anti-psychiatrie-trend, maar ook gaf de demotiverende en hospitaliserende werking van zo'n afdeling op zowel patiënten als staf een goede aanleiding daartoe.

Doordat vele van deze afdelingen 'opengegoot' werden teneinde hun bewoners meer te kunnen aanspreken op eigen initiatief, veranderde het behandelingsklimaat zodanig, dat ernstig agerende patiënten hier niet meer opgenomen konden worden, of eenmaal ontslagen, niet meer terug konden keren. Dit leidde vervolgens tot protesten van de verwijzers uit eerste en tweede echelon (huisartsen, sociaal-psychiatrische diensten etc.), zodat de inrichtingspsychiatrie in een paradoxale positie raakte (Giel, 1979): enerzijds moest zij haar patiënten meer vrijheid en verantwoordelijkheid geven, anderzijds diende zij de aangeboden patiënten op te nemen, ook al wilden die zelf niet en moesten zij opgesloten worden. Pols (1980) stelt ten aanzien van deze problematiek de behandel functie versus de asyleringsfunctie van het psychiatrisch ziekenhuis, waarbij hij op het gevaar wijst dat ongelimiteerd en ongeclausuleerd opnemen (de 'wens van de maatschappij') een goede behandeling onmogelijk maakt, omdat vele opgenomen patiënten onbehandelbaar en/of ongemotiveerd blijken. Op hen is veeleer de asyleringsfunctie (Pols, o.c.) van het ziekenhuis van toepassing, d.w.z. dat de bestaande toestand van die categorie patiënten als een gegeven feit aanvaard wordt, hetgeen andere eisen aan hun opvang en de attitude van de behandelaars stelt. Of deze onveranderlijkheid inderdaad een zo voldongen feit is, moet m.i. nog aangetoond, n.l. dat de 'onbehandelbare en/of ongemotiveerde patiënt' nog een heleboel kan veranderen, c.q. behandeld kan worden, mits hij

tijdens de opname ingebed wordt in een hecht en samenhangend afdelingsbeleid, waaraan hij zich niet kan onttrekken.

De discussie rondom het behandelen van de patiënt of het beschermen van de maatschappij spitst zich op dit moment toe op de gedwongen opname (v. d. Klippe, 1980) en de gedwongen behandeling voor verschillende categorieën patiënten. Zo wordt de zinvolheid van het behandelen van patiënten na een suïcidepoging dubieus geacht (Schudel, 1977; Stolk, 1979). Ook wordt getracht speciale voorzieningen te scheppen voor sterk gestoorde en/of agressieve patiënten (de z.g.n. SGA-patiënten; Hardeman, 1980) en is er een heftige polemiek gaande over het al of niet gedwongen afkicken en verder behandelen van drugsverslaafden. Op een gesloten afdeling verblijven echter niet alleen personen die gedwongen opgenomen zijn, maar ook diegenen die vanwege heftige symptomen zoals angst en depressiviteit daar min of meer vrijwillig zijn terechtgekomen. Kunnen die daar wel behandeld worden?

Staat maatschappelijke dwang in deze tegenover individuele ont-plooiing? Is de gesloten afdeling eerder een bewaarplaats dan een behandelruimte? In dit artikel wil ik de behandelingsmogelijkheden van de staf binnen een gesloten afdeling nagaan, wetende dat de beperkingen voldoende bekend zijn.

Na een beschouwing over de pathologie van de betreffende patiënten, zal ik eerst de invloed van de gesloten setting definiëren en vervolgens de behandelingsattitudes en de beleidsvoering die daar nodig is uitwerken.

Ik hoop duidelijk te maken, dat bij de huidige stand van theorievorming de gesloten afdeling voor bepaalde patiënten eigenlijk de behandelingswijze is met de hoogste relevantie. Ten aanzien van de beleidspsiachtrische aspecten heb ik zoveel mogelijk trachten te putten uit artikelen afkomstig uit de Nederlandse vakliteratuur, aangezien probleemstelling en verantwoordelijkheden van de staf hier waarschijnlijk anders liggen dan in het buitenland.

Adaptie en pathologisch gedrag

In de antropologie en de ecologie is voldoende aangetoond, dat de mens zozeer met zijn omgeving ('Umwelt', 'context') is verweven, dat zijn gevoelsmatige en motorische reacties er niet los van te denken zijn. Deze adaptatie aan het milieu die door allerlei homeostatische mechanismen in stand wordt gehouden, waartoe ook symptomatisch gedrag gerekend wordt, geschiedt grotendeels zonder dat de mens zich er bewust van is (Bateson, 1973). Symptomatisch en ook delinquent gedrag kunnen in bepaalde omstandigheden zelfs de best mogelijke wijze van adaptatie zijn, bedoeld als uiterste verdediging van de eigen persoonlijkheid; het is echter voor de persoon en zijn omgeving een onbegrijpelijke en soms laakbare wijze (Reicher, 1977). Worden bepaalde grenzen overschreden en verkeert de nagestreefde harmonie in zijn tegendeel, dan kan er gesproken worden van mal-adaptatie. Wanneer hierbij direct gevaar voor de persoon zelf of voor anderen optreedt, kan

een opname op een gesloten afdeling afgedwongen worden. Bij mogelijk gevaar of wanneer de persoon ernstig lijdt onder zijn situatie kan een opname met klem geadviseerd worden, waarbij de gesloten afdeling aanvankelijk kan dienen als een barrière, die voorkomt dat die persoon voortgaat impulsief en zonder verdere bezinning zijn eigen oplossing te zoeken.

In dergelijke stress-situaties is het handelen van de persoon vooral door de eigen heftige angsten en impulsen bepaald, die niet meer gecontroleerd en gereguleerd kunnen worden door zijn Ik-functies en de eisen van de situatie. Hierbij komt het vaak voor, dat het samenspel van de Ik-functies zich nooit goed heeft kunnen ontwikkelen ten gevolge van psychotraumatische ervaringen in de vroege jeugd. Basale angsten, zoals angst voor verlies van het zelfgevoelen angst voor verlies van de (zorgende) ander, zijn nooit opgeheven door het ontbreken van de geruststellende en duidelijke aanwezigheid van de ouderfiguur aan wie het kind zich kon toevertrouwen. De persoon heeft een muur van vroegkinderlijke afweermechanismen om zich heen gebouwd, zoals projectie en imitatie, in een poging een zekere mate van adaptatie te behouden (Kohut, 1977; Miller, 1979), wat op zijn omgeving vaak overkomt als een afweer van 'de' realiteit.

Rubricerend diagnostisch gezien valt dit gedrag, afhankelijk van de Ik-sterkte van de persoon, onder de psychosen (Kohut, 1977; Battegay, 1979), borderline persoonlijkheidsstoornissen (Gunderson en Singer, 1975; Kernberg, 1975) en de ontwikkelingspsychopathie (Hart de Ruyter, 1965), door Kohut 'narcissistic behavior disorder' genoemd. Kohut (o.c.) kenmerkt hen alle als primaire stoornissen in de ontwikkeling van het zelfgevoel. De grenzen die deze patiënten zelf niet meer kunnen stellen, worden nu waargenomen door de geslotenheid van de afdeling. Hierover handelt het volgende.

Invloed van de gesloten setting op de patiënt

Hoewel voor patiënten en hun familieleden de gesloten deur het meest de opname kenmerkt, is m.i. het essentiële van een gesloten afdeling het feit dat het merendeel van alles wat er zich afspeelt, gestructureerd kan worden. Deze structuur heeft rechtstreeks tot gevolg dat zo'n afdeling overzichtelijk is, wat een noodzaak inhoudt om de manipulaties die de patiënt gebruikt om zichzelf te handhaven, de acting-out, te doorzien en om te buigen in positieve zin.

De geslotenheid gaat voor hem een realiteit vormen die hij enerzijds tracht te ontkennen in zijn afweer, en waaraan hij zich anderzijds zal trachten te adapteren om haar te beïnvloeden. Op deze wijze wordt de afweer direct in het hier-en-nu duidelijk en bewerkbaar, omdat analoog aan de gezinssituatie, de patiënt de relatie met de afdeling actief zal opzoeken, terwijl hij er op zijn eigen individuele wijze mee om zal gaan. Het aldus ontstane conflict kent vele herhalingen met de problemen uit zijn vroegere relaties met goede of kwade ouderfiguren, en maakt het persoonlijkheidsconflict tot

een actueel gebeuren. De punten waarin dit conflict zich vooral zal afspelen zijn de volgende:

1. *De ruimtelijke omgeving*: De afdeling kan slechts verlaten of betreden worden na overleg en toestemming van de staf, die zich baseert op de behandelingsdoelen. Dit geldt m.n. voor het separatieverblijf (Bierenbroodspot, 1980 a) en de eigen kamer. Ook (begeleide) activiteiten elders zijn zo te controleren, met het stemmingsbeeld van de patiënt ervoor en erna. Aan een bepaalde, spanningsverwekkende situatie kan niet ontkomen worden door weg te lopen. De spanning en dus de acting-out, wordt gelocaliseerd en daardoor toegankelijk gemaakt voor behandeling.

2. *Informatie-overdracht*: geslotenheid van informatie houdt in dat de afdelingsstaf weet welke boodschappen in- en uitgaan (brieven, telefoon, etc.). Het gaat er niet om dat een bepaalde boodschap gecensureerd of verboden wordt, maar dat elke boodschap in principe de mogelijkheid geeft de patiënt te confronteren met de reden en zin van zijn opname. Verder is het van belang – en dit geldt vooral voor een gesloten afdeling waar de patiënt erg afhankelijk is van zijn behandelaars – dat bekend is waar, wanneer en door wie besluiten over wat genomen worden, en dat de betrokkenen als stafleden hierover aanspreekbaar zijn voordat en nadat besluiten genomen zijn.

3. *Toekenning van verantwoordelijkheid*: is op een open afdeling vooral op de momenten van gezamenlijke activiteiten duidelijk wie welke inbreng heeft bij bepaalde gebeurtenissen, op een gesloten unit is dit voor de meeste alledaagse voorvallen het geval, aangezien alle interacties zich op de afdeling afspelen. Bij bepaalde incidenten is beter na te gaan wat er precies gebeurd is, de situatie is immers overzichtelijker. Op deze wijze is de realiteitswaarde van een bepaalde gebeurtenis beter gewaarborgd en kan in een gesprek alle van de betrokkenen een eigen, specifiek aandeel toegekend worden. De realiteitsafweer (v.s.) van de patiënt kan worden teruggedrongen doordat de patiënt de gevolgen van zijn handelen, of de invloed van anderen erop, niet zo gemakkelijk kan loochenen. Dit zal aanvankelijk de stoornis in de realiteitszin doen toenemen (Reicher, 1977) omdat de weerstand tegen het aanvaarden van een 'andere' realiteit, c.q. de realiteit van de ander erg groot is.

Doordat hij bij voortdurend in een zelfde, voorspelbare realiteit met anderen verkeert, kan de patiënt niet anders dan uiteindelijk de objectiviteit ervan erkennen als een gedeelde werkelijkheid. Dan is hij meer toegankelijk voor zijn behandelaars, komt er een dialoog op gang, en raken hun interventies de kern van zijn persoonlijkheid: de communicatie wordt geïnternaliseerd tot een interne dialoog (Blankstein, 1979; de Haas, 1980).

4. *Relatievorming*: contact met 'buiten' en met de stafleden winnen in deze setting aan betekenis, en bepalen voor een groot deel het succes van de behandeling. Het is van groot belang de betekenis na te gaan die verschillende familieleden en vrienden voor de patiënt hebben, en welke consequenties hun bezoek voor de behandeling heeft. Eventueel kan een bepaald bezoek geweigerd worden. Hier-

bij speelt vooral een rol of de patiënt zich aan hen verplicht voelt: 'the balance of merits and unsettled accounts' (Boszormenyi-Nagy en Spark, 1973).

Ook is het belangrijk te bekijken in hoeverre de houding en de verwachtingen ten opzichte van de relaties buiten herhaald worden naar het afdelingspersoneel toe. Daarom, maar ook om bovenstaande reden, zijn kennismakingsgesprekken met relevante personen uit het relatiernetwerk noodzakelijk, sommige zelfs voordat deze personen op bezoek kunnen komen. Hoe de patiënt omgaat met zijn medepatiënten en met de verschillende stafleden wordt door de gecondenseerde relatievorming in zo'n klein milieu snel zichtbaar: relaties op de afdeling kunnen niet uit de weg gegaan worden. De hierdoor ontstane verhoging van de relatiedruk werkt spanningsvergroten, waardoor mogelijkheden van verandering geïnduceerd worden.

Daarnaast raken patiënten vaak in contact met individuele stafleden omdat ze hen nodig hebben voor de gewone gang van zaken. Op deze wijze komt er op afdelingsniveau ook een sociaal netwerk rond een bepaalde patiënt tot stand. In de speciale attitudes die hierin gehanteerd kunnen worden, vindt de behandeling zijn essentie.

Resumerend kan gesteld worden dat een gesloten afdeling:

- a. een systeem is dat juist gestructureerd is in die knooppunten, waaraan de patiënt het sterkst zijn verbondenheid aan dat systeem bemerkt, n.l. in lokaliteit, informatie-uitwisseling, verantwoordelijkheid en relaties,
- b. dat als taak heeft deze punten in het kader van een behandelingsplan volledig te controleren en op deze wijze een bepaalde behandeldruk rondom de patiënt te creëren,
- c. dat het doel nastreeft een omgeving tot stand te brengen, die niet alleen beperkend is, maar ook duidelijkheid en veiligheid geeft en in conflict waarmee de patiënt zichzelf kan leren kennen, en
- d. van waaruit parallellen zijn te trekken met de opvoedingssituatie, die nu echter corrigerend doorgewerkt kunnen worden (Berkouwer, 1981).

Relatievorming en behandelattitudes

Het verblijven in het hierboven gedefinieerd systeem brengt een adaptatie-proces op gang, waarin een verschuiving gaat optreden in de aard van de relatie, die de patiënt met zijn behandelaars heeft. Of deze verschuiving nu door hen actief aangebracht wordt in een voorwaardenscheppend leerproces, of dat het alleen mogelijk is, zoals bij wondgenezing, groeibelemmende factoren te elimineren, is niet uit te maken.

Analoog hieraan valt in de theorievorming rondom de narcistische persoonlijkheidsstoornissen onderscheid te maken tussen de opvattingen van Kohut (1971) en Kernberg (1975). De eerste ziet de belevingswereld van de narcistisch gestoorde patiënt als een gestagneerde vroegkinderlijke ontwikkeling, die zich met behulp van een

empathische houding verder zal ontplooiën, terwijl de tweede ervan uitgaat dat de belevingswereld van de patiënt opgevat dient te worden als een pathologische afweerformatie tegen een dieper gelegen destructieve agressie, welke afweer actief geduid en bewerkt moet worden.

M.i. is een derde opvatting mogelijk: door de fixatie zijn deze primitieve gevoelens onveranderd gebleven, terwijl de persoon zelf een volwassen leeftijd heeft bereikt. De volwassenen maatschappij (de context) en de realisatiemogelijkheden van een volwassene (de middelen) die uitdrukking geven aan die gevoelens, zijn in het geheel niet met hun ongestructureerdheid en ongedifferentieerdheid in overeenstemming, vandaar dat de adaptatie hierbij tekort schiet. Afhankelijk van de opvattingen waarmee hetzelfde fenomeen bekeken wordt, kan gesteld worden, dat het gefixeerde gevoel op de wijze van een volwassene geuit wordt, of dat het vasthouden aan een volwassen wijze van uiten dient om verdere regressie naar het ongedifferentieerde, zeer heftige gevoel te voorkomen.

Voor de patiënten waar het hier om gaat, is een empathische houding op zichzelf niet voldoende om een ontwikkeling op gang te brengen, aangezien deze de gevoelens te zeer in het volwassen referentiekader laat; het is juist voor de patiënt zijn probleem dat hij geen andere wijze van expressie aandurft. Het is n.l. te beangstigend voor hem te veranderen vanwege de toch al slechte afgrenzing tussen zelf en niet-zelf. Een begrijpelijk en consequent limietstellen is veel meer een directe therapeutische maatregel: geen woorden, maar daden worden bij de patiënt opgeroepen. Deze consequente limitering, die in de vroegste levensjaren achterwege is gebleven door b.v. angst en onzekerheid van de verzorgende ouderfiguur, zet nu deze gestagneerde ontwikkeling in gang: in het conflict met de limietstellende behandelaars, waarin het onderscheid tussen zelf en ander geaccentueerd wordt, en de partner zich in zijn agressie nog het meest veilig voelt, kan groei van de identiteit plaatsvinden, aangezien de herhaling met de vroegkinderlijke situatie ook de vroegere gevoelens reactiveert in de overdracht. Metapsychologisch kan gesteld worden, dat deze primitieve overdrachtsreacties ook de afgrenzing door de ander willen oproepen, a.h.w. een appèlkarakter hebben. Een andere uitwerking dan destijds is echter op dit moment mogelijk.

Deze op gang komende verdere ontwikkeling heeft een grote gelijkenis met de bekende ontwikkelingslijnen zoals Hoekstra (1978) die nog eens samenvatte en uitwerkte. Hier volgen chronologisch de attitudes, die een gedoseerd tegenwicht kunnen bieden tegen de alles-of-niets reacties van de patiënt rondom zijn wens naar en zijn angst voor geborgenheid.

1. *De beschermende of 'holding'-attitude*: Bij het begin van de opname zijn integratie en/of regulatie dermate verzwakt, dat dat ook vaak de reden tot opname op de gesloten afdeling is geweest. De patiënt kan vanuit zijn gefragmenteerde zelfperceptie nieuwe ervaringen niet integreren. Het controlerende en het observerende

deel van het Ik schieten te kort en zullen door de afdelingsstaf overgenomen moeten worden (Kernberg, 1976).

Door het accepteren en clarificeren van achterliggende gevoelens en tegelijkertijd het doelgericht limiteren van het manifeste gedrag, wordt de realiteit expliciet als maatstaf gesteld ('realiteitsconfrontatie'). Een vergelijking tussen binnen- en buitenwereld stelt de patiënt in staat de nodige correcties in zichzelf aan te brengen. (Bierenbroodspot, 1980 b).

Kernberg (o.c.) heeft het in dit verband over de 'neutrality' van de staf, n.l. dat deze in gesprek met de patiënt zo genuanceerd mogelijk bepaalde zaken constateert en met hem bekijkt welke keuzen er te maken zijn.

Hierbij is het van belang, dat de staf aan de patiënt duidelijk kan maken waarom hij op een gesloten afdeling zit en welke functie dit heeft. Men zou kunnen spreken van een bondgenootschap met het observerende ('gezonde') deel van het Ik, zoals dit ook in de symbiotische fase voorkomt, waarbij de moeder nog veel overneemt van het kind. (Bij een zeer vroege stoornis, zoals het primair autisme is echter geen sprake van 'overnemen', omdat er geen relatie ooit tot stand is gekomen).

In deze geleidelijke opbouw van de Ik-sterkte kan pas een herstructurering van de persoonlijkheid optreden als de patiënt het vertrouwen dat de staf in hem stelt, kan introjiceren en meer vertrouwen in zijn eigen regulatieve vermogens gaat krijgen. Het zorgvuldig en geïndiceerd voorschrijven van anxiolytische, m.n. neuroleptische medicatie is hierbij vaak onontbeerlijk.

2. *De steunend-duidende attitude:* Als er een zekere werkrelatie ontstaan is, komen overdrachtsreacties gedifferentieerder naar voren. Zij zijn te herkennen aan heftigheid en persistentie, en de herhaling die zij tonen met essentiële gebeurtenissen uit het verleden. Voor de behandeling zijn vooral die van belang, die, aanvankelijk gericht op belangrijke figuren uit het primaire milieu, de rechtstreekse aanleiding vormden voor de problematiek die tot de opname leidde en vervolgens weer in de relatie met de behandelers opduiken. Zij zijn a.h.w. het focus van het actuele conflict en dus het meest met betekenisvol affect beladen.

Kortdurende psychotische periodes als reactie op behandelingsstress kunnen nu voorkomen (Battegay, 1979). Paranoïde en agressieve gevoelens ontstaan door de grenzenstellende structuur en houden nauw verband met de agressie vanuit de differentiatiefase. De aanvankelijk geprojecteerde gevoelens worden door de tussenkomst van de staf geduid en als zodanig gedifferentieerd, waardoor zij minder bedreigend zijn. Doordat ze in een concrete situatie herbeleefd worden, en dezelfde keuzen gemaakt moeten worden, n.l. of het opgeven van eigen behoeften of het doorzetten ervan met gevaar van verlating, kunnen ze worden geïntegreerd en boeten ze in aan heftigheid. Sublimatie ervan tot realiteitsgericht gedrag is de volgende stap, waarbij identificatie een grote rol speelt.

3. *De empathisch-confronterende attitude:* Met een nieuwe visie omtrent zichzelf en zijn omgeving, voortdurend verhelderd door

stafleden, kan de patiënt gaan oefenen en nieuw gedrag gaan uitproberen ('practising'). Hij kan alleen zijn gevoelens leren kennen en hanteren als hij merkt dat hij er niet bang voor hoeft te zijn (Winnicott, 1971), omdat zijn behandelaars er ook niet bang voor zijn, – dat hij hen niet kapot kan krijgen, zodat zijn hoop op zorg en genezing (Jongerius, 1981) niet verloren gaat.

Er dreigt het gevaar, immers 'het gaat goed', eisen aan hem te stellen die hij nog niet aan kan en zijn aarzelingen te snel opzij te schuiven c.q. te overdekken. Het is zaak niet te snel oplossingen aan te dragen, waardoor het analoon met de 'rapprochement'-fase wordt overgeslagen en rationalisatie en de ontwikkeling van een 'false self' bevorderd wordt, met als gevolg de ongewenste schijnadaptatie. Het 'drama' zoals dit door A. Miller (1979) wordt beschreven bij het opgroeïende kind, herhaalt zich dan in de relatie met de behandelaars.

Maar daarnaast is het juist in de stress van het zoeken naar een oplossing voor bepaalde problemen, dat de patiënt veelvuldig gebruik maakt van al zijn afweermechanismen, zowel in relaties (acting-out) als naar zichzelf toe (b.v. loochenen). Op deze (soms korte) momenten zijn afweer en afgeweerde verlangens voor de patiënt in de confrontaties zeer concreet te maken door de staf.

4. De autonomie-bevorderende attitude: Mag van de patiënt een actieve, eigen inbreng verwacht worden, van de behandelaars dat zij hem op dit moment niet in de steek laten als hij hen nodig heeft. Dit is een vergelijkbare situatie als de 'rapprochement'-fase, waarin het kind de moeder nodig heeft om zich weer even veilig te voelen na allerlei vervelende nieuwe kennismakingen. Afwezigheid van hen kan heftige gevoelens oproepen, omdat het vertrouwen uiteindelijk 'toch' beschaamd is geraakt en vroegere vermoedens 'toch' waar zijn gebleken. Op deze momenten kunnen de fasen van de behandeling zoals die in deze paragraaf geschetst zijn nog eens doorlopen worden, zij het korter en bekender, b.v. voor de duur van een gesprek.

Op deze wijze krijgt de afdelingen zijn staf en zelfs het hele instituut een eigen identiteit met zijn eigen mogelijkheden, maar ook met zijn beperkingen. De patiënt is erin geslaagd zijn extreme posities van paranoid-agressieve of van afhankelijk-depressieve aard geïntegreerd te beleven naar één en hetzelfde object toe (de z.g. object-constantie): soms kan het object wensvervullend zijn, dan weer limiterend, maar het is en blijft datzelfde object, waarmee een relatie bestaat en ook blijft bestaan. Door deze afgrenzing komt de patiënt ook toe aan het beleven van een eigen, ondeelbaar zelf. Hij maakt steeds meer gebruik van de innerlijke i.p.v. de extern aangebrachte stabiliteit om een eigen identiteit op te bouwen en meer constructief de eigen mogelijkheden te benutten: Afweermechanismen die getuigen van een grotere Ik-sterkte gaan de primitieve overheersen. Overwogen moet worden of op dit moment een verdere neurose-behandeling moet plaatsvinden, of dat de patiënt geresocialiseerd kan worden in zijn eigen woon-werkmilieu.

In het voorgaande werd beschreven welke verschillende appèls gedesintegreerde patiënten kunnen doen op de staf van een gesloten afdeling, en hoe de staf erop kan reageren door een consistente en methodisch hanteerbare houding aan te nemen. Het is hierbij van groot belang dat de staf naar de patiënt toe een duidelijk 'team' vormt, m.a.w. dat elk staflid in de behandelingsdoelen en -afspraken de mening van het team naar de patiënt toe weergeeft. Goed overleg is noodzakelijk om tot een gezamenlijke visie op een patiënt te komen, en om op basis daarvan beslissingen te nemen. Over dit proces van beleidsvorming handelt het volgende.

Beleidsvorming

Uitgangspunt van het te voeren beleid is, zoals uit het vorenge-noemde duidelijk is geworden, dat de socio- en psychotherapeutische interventies afgestemd worden op het integratieniveau van de persoonlijkheidsstructuur van de patiënt, wil hij niet over- of onderschat worden in de eisen die hem worden gesteld.

Een goede samenwerking tussen sociotherapie en afdelingspsychiater is hiertoe geboden. Jongerius (1981) omschrijft dit samenspel als volgt:

'Milieutherapie (of sociotherapie) is het consequent op één bepaalde wijze structureren en hanteren van de totaliteit van het opgenomen zijn op grond van een op behandelingsdoeleinden gekozen attitude van de staf, bijgestuurd door een teamcoördinator (i.c. een psychiater) die de coördinaten voor de richting van het staffunctioneren verwerkt en toetst'.

In een gesloten setting staan, zoals al eerder gezegd, de staf en de patiënt erg dicht op elkaar, en zal veel wat de patiënt beleeft direct te maken hebben met de omgang met die staf. Daarnaast dient de staf op een andere wijze dan op een open afdeling, voor een goede 'holding' (v.s.) zorg te dragen, waarvoor zij een grote conflictbestendigheid, d.w.z. integratie nodig heeft. De staf zal daarom onderling goed op de hoogte moeten zijn van elkaars ziens- en werkwijzen, wil zij een consistent beleid voeren.

Het lijkt me daarom goed de verschillende, maar samenhangende wijzen waarop zij dit bereiken, te expliciteren.

Wordt de stafaanpak op afdelingsniveau grofweg gescheiden in een sociotherapeutische door verpleegkundigen of sociotherapeutische medewerkers en een diagnostisch-psychotherapeutische door de afdelingspsychiater, dan kunnen de volgende activiteiten gezien worden als uitgangspunten:

1. *Psychodynamische diagnostiek*: Onderscheidt Blankstein (1976) een kennis- en houdingsaspect in het werk van de psychotherapeut en het betrekken van gevoelens van de eigen persoon in de diagnostiek, evenzeer geldt dit m.i. voor al het systematisch, op verandering gericht omgaan met patiënten. Beide aspecten zijn in de afdelingsstaf zowel vanuit de specifieke sociotherapeutische als de psychiatische deskundigheid aanwezig.

Het afdelingsgebeuren en thema's die op een bepaald moment

voor de patiënt belangrijk zijn, worden in het stafoverleg vanuit die verschillende visies één bepaalde betekenis toegekend (Blankstein o.c.) en gehercodeerd naar hun kernconflict. Hierbij is niet alleen het vastleggen van de fixatie van de patiënt aan een bepaald ontwikkelingspsychologisch stadium voldoende om inzicht te verkrijgen, maar moet vooral de aard van de traumatische interacties met belangrijke personen uit het verleden in acht genomen worden, want door de herhaling daarvan wordt de omgang met het personeel, m.n. met de sociotherapeutische medewerkers expliciet gevormd.

De diagnostiek kan daarom alleen goed plaatsvinden door observaties van overdrachtsfenomenen en de reacties die daardoor worden opgeroepen, vanuit een persoonlijke betrokkenheid in het hier-en-nu, met het verdisconteren van het pathoplastische aspect vanuit de levensgeschiedenis. Voor elke patiënt wordt nagegaan welke therapeutische waarde een op dat moment vigerend probleem heeft en op welke wijze hem een corrigerende emotionele ervaring gegeven kan worden.

2. Handhaving van behandelingsdruk: De patiënt bepaalt zelf in zijn conflicten met de structuur het inhoudelijke van zijn behandeling, doch de richting van het veranderingsproces wordt door de staf sterk beïnvloed.

De snelheid van dit proces valt moeilijk te vergroten, aangezien die afhankelijk is van de persoonlijkheidsstructuur van de patiënt. Zo is het bij een (rand)psychotische patiënt niet nodig de behandelingsdruk te vergroten, aangezien zijn afweer toch al tekort schiet (Malan, 1979). Wel kunnen remmende invloeden zo goed mogelijk uit de weg geruimd worden, b.v. door bij de patiënt alles overheersende angsten te voorkomen. Er is dus sprake van een optimaal spanningsniveau (Kortmann, 1979) ofwel een juiste behandelingsdruk die door de staf bewaakt moet worden.

Deze druk wordt gehandhaafd tussen attitudes, die met tussenvormen in elkaar overgaan (v.s.). Voor de sociotherapie zijn deze enerzijds gebaseerd op de steunende resp. empathische houdingen en anderzijds de limiterende, resp. confronterende, waarin de patiënt in ondubbelzinnige, eenvoudige bewoordingen wordt getoond hoe hij zich in het hier-en-nu gedraagt, zodat hij zich het eigen doen en laten realiseert (Reicher, 1977). De afdelingspsychiater hanteert vanuit zijn achtergrond de behandelingsdruk meer volgens psychotherapeutische lijnen: aan de ene kant permissief en non-directief, aan de andere kant onbewuste, onuitgesproken conflicten en afweer-manoevres duidend.

3. Stafdifferentiatie: Op een gesloten afdeling is de structurele druk hoog. Hij wordt niet alleen door de staf (actief) gecreëerd, maar ook door de acting-out van zijn patiënten. De staf neigt vaak samen met de patiëntengroep, sneller dan op een open afdeling, tot regressie waardoor onbewuste conflicten binnen de staf op een specifieke manier bij de patiënten en hun behandeling gaan interfereren. Berkouwer (1979) b.v. onderscheidt als twee uitersten het symbiotische en gefragmenteerde team. In het symbiotische team laat de

samenwerking een vervloeiing zien ten koste van de individuele bijdragen, in het gefragmenteerde team is er sprake van een team-functioneren waarin de leden vooral individueel bijdragen ten koste van de afstemming op elkaar. Het is een van de eerste taken van de afdelingspsychiater de regressie binnen de staf te signaleren en te verhelpen (Kernberg, 1976; Jongerius, 1981).

Hij heeft in deze een meer bevoorrechte positie, aangezien hij minder continu in contact is met de patiënten op de afdeling en daardoor meer afstand kan houden.

Dit signaleren en verhelpen kan zowel in afdelingsbesprekingen plaatsvinden als in individuele gesprekken met stafleden, afhankelijk van het probleem. Dit laat tevens zien hoe belangrijk het is dat individuele stafleden, inclusief de afdelingspsychiater, supervisie hebben van personen die niet aan de afdeling verbonden zijn. In ondermeer de Dr. S. van Mesdagkliniek bestaat daarnaast nog een speciale vorm: een commissie die in het leven geroepen wordt bij de behandeling van bepaalde probleempatiënten, tegen wie de afdelingsstaf zich uiteindelijk machteloos is gaan voelen en geen distantie meer dreigt te kunnen nemen. Deze commissie bestaat uit vertegenwoordigers van verschillende disciplines van kliniek en afdeling en komt b.v. wekelijks bij elkaar. Ook bij het beleid rondom een langdurige isolatie-periode valt zo'n commissie te overwegen (zie ook: Bierenbroodspot, 1980 a).

4. *Streven naar onbevooroordeeldheid*: Eerder is al gewezen op de observerende en regulerende taak die de staf heeft ten aanzien van de individuele patiënten. Hiertoe is het noodzakelijk dat zij zo open en neutraal mogelijk tegenover de patiënt staan. Afgezien van een goede interpretatie van het gedrag van de patiënt (zie onder 1 van deze paragraaf) is het ook belangrijk dat de staf onderling vrijuit kan praten en m.n. zijn ongenoegens over de omgang met die patiënt of over hun eigen samenwerking kan uiten.

Situatieve reacties, maar ook tegenoverdrachtsgevoelens kunnen door het bewust maken ervan hun negatieve invloed op de behandeling ontnomen worden. Het uitwisselen van informatie, het uiten en delen van gevoelens, en het leren van elkaars manieren van handelen bevorderen de cohesie van de staf (Yalom, 1970).

5. *Besluitvorming*: Uit het bovenstaande zal duidelijk zijn dat de staf elkaar nodig heeft om werkzaam te blijven. Een consensus besluitvorming garandeert het meest een gezamenlijk optreden van de staf, d.w.z. een meerderheid van stemmen geeft de doorslag voor het aannemen van een plan, maar de minderheid moet zich ook kunnen vinden in de uitvoering ervan, ook al zijn ze het met de motieven oneens. Dit wil echter niet zeggen – en Jongerius (1981) waarschuwt hier ook terecht tegen – dat de eindverantwoordelijkheid bij de staf ligt. Afdelingshoofd en -psychiater hebben elk hun eigen eindverantwoordelijkheid t.a.v. personeel en patiënten en de laatste is eindverantwoordelijk voor het hele beleid rondom de patiënt. Het gaat echter n.l. hier om, dat er niet 'namens de staf' bepaalde interventies geschieden, die niet doorgesproken zijn. Blijken problemen op bovenstaande wijze onoplosbaar en staan ze

de behandeling in de weg, dan zal advies, c.q. supervisie, van anderen (wetenschappelijke staf, afdelingshoofdenvergadering) gevraagd moeten worden om tot nieuwe argumenten of tot hernieuwde afweging van de oude argumenten te komen.

Discussie

In het bovenstaande is de relatie sociotherapeutisch medewerkers-afdelingsarts benaderd binnen het geheel van de afdelingsstaf. De relatie tussen staf en psychotherapeuten die patiënten van die afdeling behandelen, is hier niet in betrokken, aangezien deze onlangs elders uitvoerig is behandeld (Kortmann, 1979; Bierenbroodspot, 1980 b; Van Ree, 1981).

Tegen de hier uitgewerkte beleidsvoering kan ingebracht worden dat deze eigenlijk niet specifiek is voor de gesloten afdeling. Het gaat mij echter niet om het opsommen van de principes, maar om het expliciet maken van die activiteiten bij de behandeling van deze ernstig zieke patiënten. Zoals we gezien hebben, is er n.l. sprake van een adaptatiestoornis met een alloplastisch karakter, d.w.z. de patiënt projecteert zijn problematiek in de buitenwereld en tracht die dan zodanig te manipuleren dat er voor hem een bevredigend evenwicht bereikt wordt. Dit geeft een specifieke intensiteit aan de relaties die hij aangaat. Deze relaties zo te behandelen, dat er bij de patiënt de wil ontstaat zelf te veranderen, vergt van de behandelers naast een grote inzet en geduld, een beheerste, bewuste controle over hun handelen. Duidelijkheid en overeenstemming over de uitgangspunten van het staffunctioneren zijn dus noodzakelijk. De principes van de beleidsvoering zijn weliswaar niet specifiek, maar de uitvoering en de consequenties ervan wel degelijk als we kijken naar hoe subtiel de behandel-attitudes liggen bij deze categorie patiënten.

Hetzelfde alloplastische karakter van de problematiek maakt een groepsmatige behandeling van deze patiënten ook zo moeilijk (Battegay, 1979): andere personen worden niet als individuen met een eigen identiteit beleefd, er is sprake van een egocentrisch wereldbeeld. Deze patiënten kunnen goed functioneren in taakgerichte groepen op de afdeling waar zij zelf het belang van inzien (Kernberg, 1976). Een therapeutische groep geeft slechts aanleiding tot een vergroting van het angstniveau en toename van de stoornis in de realiteit met het gebruiken van de ander als reparatiemiddel, i.e. als zelf-object.

Op deze wijze kunnen er op de afdeling groepsinteracties tot stand komen die het karakter krijgen van een subcultuur. Zo'n subcultuur is dan op te vatten als een collectieve weerstand tegen de behandeling, waarbij het normen- en waarden-stelsel van de groep gebruikt wordt de persoonlijke afweerformatie die dreigt af te brokkelen, te versterken tegenover de behandelingsdruk. Dit onvermogen tot diepere groepsinteracties is de reden geweest waarom ik heb volstaan met een verhandeling over de individuele patiënt en zijn afdelingsstaf.

Een ander punt dat nadere uitleg behoeft is het doel van de behandeling: wordt dit een reconstructieve persoonlijkheidsverandering waarvoor de tijd genomen wordt of moet de patiënt zo gauw mogelijk weer terug naar zijn milieu van herkomst? Beide doelen zijn mogelijk binnen het gebruikte ontwikkelingspsychologische raamwerk, het hangt van de verdere mogelijkheden van het behandelinstituut af welk van beide gekozen wordt, m.n. of er mogelijkheden zijn voor verdere klinisch psychotherapeutische behandeling wanneer de patiënt in een zodanige toestand is gekomen dat geen gesloten afdeling meer nodig is. Wat betreft de verdere indicaties en contra-indicaties voor (klinische) psychotherapie, en aan welke voorwaarden een goede 'nazorg' moet voldoen, wil ik verwijzen naar de desbetreffende literatuur.

De duur van het verblijf op een gesloten afdeling hangt natuurlijk af van het doel ervan. Gezien de aard van de pathologie lijkt het mij niet juist een bepaalde behandelingstermijn (Malan, 1976) af te spreken. Om dezelfde reden is ook een 'crisiscentrum' als tussenstation af te raden, aangezien de wisselende en telkens nieuwe relaties de gebrekkige realiteitstoetsing te zeer onder druk zetten. Rest mij tot slot nog de hoop uit te spreken dat ik in dit artikel heb laten zien dat een zinvolle behandeling op een gesloten afdeling, ook via een dwang-opname, goed mogelijk is.

Literatuur

- Bateson, G. (1973), *Steps to an Ecology of Mind*, Paladin, St. Albans.
- Battegay, R. (1979), *Narzissmus und Objektbeziehungen*, Hans Huber Verlag, Bern.
- Berkouwer, A. Y. (1979), Symbiose en fragmentatie van psychiatrische behandelteams en hun invloed op de patiëntengroep, *T. v. Psychiatrie* 21, 76-92.
- Berkouwer, A. Y. (1981), Klinische psychotherapie en de bevorderende en falende omgeving, *T. v. Psychotherapie* 7, 127-156.
- Bierenbroodspot, P. (1980a) Isoleer en isolement, *M. Geest. Volksgez.* 35, 369-385.
- Bierenbroodspot, P. (1980b) Klinische psychotherapie van de psychotische patiënt: theoretische en technische aspecten, *T. v. Psychotherapie* 6, 253-269.
- Blankstein, J. H. (1976), Psychotherapie als vorm van agogisch handelen, *T. v. Psychotherapie* 2, 101-110.
- Blankstein, J. H. (1979), De forensisch-psychiatrische kliniek als behandelingsinstrument, *T. v. Psychiatrie* 21, 5-16.
- Boszormenyi-Nagy, L., en G. M. Spark (1973), *Invisible loyalties*, Harper & Row publ., New York.
- Giel, R. (1979), De keerzijde van het therapeutisch klimaat: paradoxen in de inrichtingspsychiatrie, *M. Geest. Volksgez.* 34, 604-616.
- Gunderson, J. G. en M. T. Singer (1975), Defining Borderline Patients: an Overview, *Am. J. Psychiatry* 132, 1-10.
- Haas, O. de (1980), Rogeriaanse gesprekstherapie, een poging tot concretisering, *T. v. Psychotherapie* 6, 179-197.
- Hardeman, W. J. (1980), Sterk gedragsgestoorde en/of agressieve patiënten. Pleidooi voor een speciale voorziening, *M. Geest. Volksgez.* 35, 974-989.
- Hart de Ruyter, Th. (1965), Psychopathiform gedrag bij kinderen, in: J. J. G. Prick en H. G. v. d. Waals, *Ned. Handboek der Psychiatrie dl. III*, Van Loghum Slaterus, Arnhem, 27-50.

- Hoekstra, R. C. (1978), Ontwikkelingslijnen en diagnostiek – een literatuurreferaat, *T. v. Psychiatrie* 20, 363-375.
- Jongerius, P. J. (1981), De psychiater als milieukundig ingenieur, *T. v. Psychiatrie* 23, 317-326.
- Kernberg, O. (1975), *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*, Jason Aronson Inc., New York.
- Kernberg, O. (1976), *Object-Relations Theory and Clinical Psychoanalysis*, Jason Aronson Inc., New York.
- Klippe, C. J. v. d. (1980), Drie visies op dwangopname, *M. Geest. Volksgez.* 35, 117-133.
- Kohut, H. (1977), *The Restoration of the Self*, Int. University Press, New York.
- Kortmann, F. A. M. (1979), Spanningen tussen psychotherapie en sociotherapie, *T. v. Psychiatrie* 21, 361-372.
- Malan, D. H. (1976), *The Frontier of Brief Psychotherapy*, Plenum Publ. Corp., New York.
- Malan, D. H. (1979), *Individual Psychotherapy and the Science of Psychodynamics*, Butterworths & Co, London.
- Miller, A. (1979), *Das Drama des begabten Kindes und die Suche nach dem wahren Selbst*, Suhrkamp Verlag, Frankfurt.
- Pols, J. (1980), Klinische psychiatrie in de tang, *T. v. Psychiatrie* 22, 223-237.
- Ree, F. van (1981), (Medische) psychotherapie bij jonge opgenomen schizofrenen, *T. v. Psychotherapie* 7, 24-33.
- Reicher, J. W. (1977), Behandeling in penitentiaire inrichtingen en in klinieken, in: Goudsmit, W., W. Nieboer en J. W. Reicher, *Psychiatrie en Recht, hoofdstukken uit de forensische psychiatrie*, Van Loghum Slaterus, Deventer, 120-146.
- Schudel, W. J. (1977), Heeft een gedwongen opname zin na een zelfmoordpoging? *Medisch Contact* 32, 1189-1190.
- Stolk, P. J. (1979), Suicide: is helpen gerechtvaardigd? *T. v. Psychiatrie* 21, 644-649.
- Winnicott, D. W. (1971), *Playing and Reality*, Tavistock Publ., London.
- Yalom, I. D. (1970), *The Theory and Practice of Group Psychotherapy*, Basic Books Inc., New York.