

Klinische behandeling m.b.v. 'patiënten-units' op de psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis

door R. V. Groenewold*

Vergelijkend met de benadering van de therapeutische gemeenschap wordt een descriptie gegeven van de werkwijze op de psychiatrische afdeling van het St. Hippolytus Ziekenhuis te Delft, waarbij tevens de overgang van het oude naar het nieuwe systeem behandeld zal worden.

Inleiding

Onder de ontwikkelingen die zich de laatste decennia hebben voltrokken binnen de psychiatrie, neemt het ontstaan van de therapeutische gemeenschap een voorname plaats in. In dit artikel zal ik in het eerste gedeelte een korte beschrijving geven van de therapeutische gemeenschapbenadering aan de hand van de basis-principes zoals deze afgeleid zijn van de 'basic-postulates' van M. Jones**.

In de afgelopen jaren zijn er diverse publikaties verschenen over therapeutische gemeenschappen. Er is echter weinig bekend over een dergelijke therapeutische benadering op de psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis. In zijn 'pure' vorm is deze benadering ook niet geschikt voor een dergelijke situatie. Op de PAAZ van het St. Hippolytus Ziekenhuis te Delft is echter getracht om via invoering van het 'patiënten-units'-systeem een groepsgewijze behandelingsmethode te vinden, die zich leent voor een dergelijke afdeling. In maart 1974 is hiermee een aanvang gemaakt. Dit 'patiënten-units'-systeem kan gezien worden als een voor een psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis aangepaste vorm van de therapeutische gemeenschap-benadering. In het tweede gedeelte van dit artikel zal ik hier aandacht aan besteden, waarbij de puntsgewijze behandeling van het eerste gedeelte zal worden aangehouden.

Mijns inziens kom ik op deze wijze het beste tot een bespreking

* Assistent-psycholoog verbonden aan de psychiatrische afdeling van het algemeen ziekenhuis St. Hippolytus te Delft. Hoofd afdeling psychiatrie: M. v. d. Vliet, zenuwarts; hoofd afdeling psychologie: Drs. W. v. d. Toorn.

** Zie pag. 631.

van dit systeem, zoals het op deze afdeling gehanteerd wordt, waarbij de overeenkomsten en verschillen met de therapeutische gemeenschap goed in het oog kunnen worden gehouden (ik spreek hier dus niet van 'basis-principes voor het unit-systeem'). Tenslotte zal ik in het laatste gedeelte een korte beschouwing geven.

Korte beschrijving van de therapeutische gemeenschapbenadering aan de hand van de basisprincipes zoals deze afgeleid zijn van de 'basic postulates' van Maxwell Jones

(a) *Het democratische principe* — De therapeutische gemeenschap is democratisch opgezet. Hierbij denken we aan twee aspecten; n.l. aan democratisering in de verhouding tussen de patiënten en de staf en aan democratisering binnen de staf.

Wat het eerste aspect betreft kunnen als therapeutische voordelen worden genoemd: de grotere betrokkenheid met elkaar, de grotere eigen verantwoordelijkheid van de patiënt en de geringere kans dat de patiënt een al te passief afhankelijke houding tegenover het personeel aanneemt (of opgelegd krijgt). Verder is het belangrijk, dat de communicatie tussen de patiënten en de staf beter verloopt (o.a. via 'patient-staff meetings'). Als argumenten tegen democratisering worden wel aangevoerd: de soms noodzakelijke directiviteit wordt bemoeilijkt en de aanpassing aan de maatschappij wordt belemmerd (wanneer de democratisering in de kliniek verder gaat dan er buiten).

Wat het tweede aspect van de democratisering betreft, kan gezegd worden dat, i.t.t. in de traditionele inrichting, er geen sprake is van een hiërarchische structuur. Dit bevordert de onderlinge communicatie en maakt het systeem minder 'star'. Een belangrijk instrument is hier de teambespreking, waarbij iedereen een stem heeft.

Meestal verloopt een omschakeling van een traditioneel systeem naar een therapeutische gemeenschap niet probleemloos. Zo kunnen er gemakkelijk autoriteitsconflicten ontstaan bij de hoofden van de verschillende disciplines. Bij de verplegenden kan de omschakeling problemen opleveren omdat zij, door hun grotere rol in de gang van zaken op de kliniek, meer verantwoordelijkheden dragen en zich moeten begeven op terreinen waar ze zich vaak (nog) niet thuis voelen. Een ieder wordt nu ook minder beschermd door zijn 'beroepsrol' en komt eerder 'met de billen bloot'. Persoonlijke conflicten kunnen door dit alles ook eerder naar boven komen. Het moet dan ook zo zijn, dat er voor de omschakeling al van een duidelijke mentaliteitsverandering sprake is, de wil tot veranderen leeft, waardoor de moeilijkheden makkelijker overwonnen zullen kunnen worden.

Het democratische principe is in de therapeutische gemeenschap het voornaamste basisprincipe. De andere principes volgen er uit voort of staan er nauw mee in verband.

(b) *Het non-directieve principe* — Het belang van het hebben

van een stuk eigen verantwoordelijkheid voor de patiënt speelt ook hier een grote rol. In dit verband is het noodzakelijk, dat de patiënt uit zijn rol van 'zieke' en de therapeut uit zijn rol van 'genezer' komt. Door sommige critici wordt erop gewezen, dat hierbij het gevaar bestaat dat men de psychische stoornissen geheel gaat ontkennen en de therapeut ook in 'noodgevallen' verzuimt in te grijpen (b.v. als er duidelijk van suicidegevaar sprake is). Als er relatief veel patiënten zijn, die therapeutisch gezien een zekere directiviteit nodig hebben, kan het moeilijk worden om het non-directieve principe strikt te handhaven.

(c) *Het realiteitsprincipe* — Belangrijk is hier dat de conflictstof van de patiënt zoveel mogelijk in het 'hier en nu' wordt geactualiseerd. De patiënt kan de conflictssituaties nu echter niet ontlopen, hetgeen in de maatschappij vaak wel kan (b.v. 'de ziekte'). We hebben hier vooral te maken met de realiteit van het omgaan met anderen. Door de realiteit en het heden te benadrukken, wordt ook een eventuele neiging tot regressie tegengegaan en een snelle revalidatie bevorderd. Ook bij dit principe neemt het argument van de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt weer een belangrijke plaats in.

(d) *Het eenvormigheidsprincipe* — Bij dit principe gaat men ervan uit dat één en dezelfde therapeutische methode gunstig is voor alle betrokken patiënten.

Er moet weer op gewezen worden, dat dit in de praktijk niet steeds is vol te houden in bepaalde situaties (zie ook onder b.). Om dit principe toch zo veel mogelijk te kunnen handhaven, vindt er in de praktijk vaak een vorm van selectie plaats. Zo zijn er ook zeer gespecialiseerde klinieken ontstaan, waar b.v. alleen alcoholici of schizofrenen worden behandeld. Meestal gaat de selectie echter niet zo ver en gaat men er alleen van uit, dat de patiënt in de algemene lijn van de kliniek moet passen (b.v. geen (te) astheen gestructureerden, geen (te) psychopatisch gestructureerden, etc.) Er speelt ook altijd wel een vorm van zelf-selectie mee: de patiënten waarvoor een therapeutische gemeenschap-benadering niet geschikt is, zien vaak zelf van opname af. Hier volgt ook uit voort, dat de therapeutische gemeenschap geen oplossing kan zijn voor het gehele psychiatrische probleem: het systeem is nu eenmaal niet geschikt voor iedere patiënt.

(e) *Het prospectieve principe* — Behalve op het heden is de aandacht in de therapeutische gemeenschap ook sterk op de toekomst gericht. Men streeft er naar, dat de patiënt zo snel mogelijk (weer) goed zal kunnen functioneren buiten de kliniek. Dit speelt bij de andere principes ook steeds impliciet mee (confronteren met de realiteit, eigen verantwoordelijkheid, etc.). De therapeutische gemeenschap kan in zekere zin ook wel als een 'oefenmilieu' worden beschouwd. De patiënt neemt er een plaats in, die te vergelijken is met de plaats die hij straks in zijn eigen milieu (weer) zal moeten innemen. Hij is daar nu vaak niet tegen opgewassen, hetgeen leidt tot conflicten. Indien hij er nu in het 'oefenmilieu' in slaagt, deze conflicten op te lossen, zal hij straks in zijn

eigen milieu beter kunnen functioneren.

Bij de bespreking van de basisprincipes zal het opgefallen zijn, dat er bij de 'vertaling' van de principes naar de praktijk ruimte bestaat voor verschillen. In de praktijk wijken de diverse therapeutische gemeenschappen dan ook vaak nogal van elkaar af. De praktische omstandigheden zullen hier een rol spelen. Zo zal het een verschil maken of er in een reeds bestaande kliniek wordt omgeschakeld van de traditionele benadering naar een therapeutische gemeenschap, of dat men de zaak van de grond af op kan bouwen, zonder de 'ballast' van oude rollen, gewoonten en structuren. Ook de beschikbare accommodatie speelt een rol: soms moet men het met een reeds bestaand, minder geschikt gebouw doen, terwijl anderen in de gelegenheid zijn om een geheel nieuwe accommodatie te ontwerpen, volkomen in overeenstemming met de nagestreefde behandelingswijze. Reeds eerder noemde ik de aard van de patiëntengemeenschap, die het noodzakelijk maakt dat men de opzet aanpast (in hoeverre kunnen de basisprincipes doorgevoerd worden).

Deze factoren speelden ook mee op de psychiatrische afdeling van het St. Hippolytus Ziekenhuis te Delft, waar men heeft getracht om tot een voor deze afdeling geschikte aanpassing van de therapeutische gemeenschapbenadering te komen.

Behandeling m.b.v. 'patiënten-units' op de psychiatrische afdeling van het algemeen ziekenhuis St. Hippolytus te Delft

De afdeling is verdeeld in psychiatrie en neurologie. De beide subafdelingen zijn op de eerste verdieping van het ziekenhuis naast elkaar gelegen en leiden een vrij gescheiden bestaan. Naast de slaapgelegenheden is er op de eerste verdieping ook een gezamenlijk dagverblijf. De bezigheidstherapie is op de zesde verdieping en de bewegingstherapie in het souterrain (voor de psychiatrische patiënten).

De zenuwarts en de verpleging (vier A- + B-, twee A-verplegenden en enkele leerlingen) zijn op beide subafdelingen werkzaam; de psycholoog en de ass. psycholoog werken alleen op de subafdeling psychiatrie.

Ik zal me nu verder tot de psychiatrie beperken. Er zijn gemiddeld ongeveer twintig patiënten opgenomen. De gemiddelde opnameduur ligt rond een maand; het verloop is dus vrij groot. De patiëntengemeenschap is heterogeen, er vindt geen selectie plaats. Deze heterogeniteit bestaat zowel in een grote verscheidenheid aan diagnoses, als in grote leeftijdsverschillen; dit mede veroorzaakt door een functie van de afdeling als een vorm van crisis-interventie centrum.

Vóór de invoering van het nieuwe systeem gingen de patiënten bijna elke ochtend en middag naar de bezigheidstherapie en werkten daar 'voor zichzelf'. Eventueel werden ze door de psychologen of zenuwarts opgeroepen voor een gesprek (tweemaal per week), of voor een lichamelijk onderzoek. Eenmaal per week, op

de maandagmiddag was er groeps-therapie. Op de dinsdag- en donderdagochtend een uur bewegingstherapie.

Mede beïnvloed door veranderingen die zich de laatste jaren in verscheidene psychiatrische klinieken hadden voorgedaan, ontstond de behoefte om tot een intensievere behandelingswijze te komen, waarin vooral het groepsaspect meer benadrukt en in een therapeutisch kader gebruikt zou kunnen worden. Er werd besloten om met patiënten-units te gaan werken. Hiertoe werd de patiëntengemeenschap gesplitst in twee groepen (units) van ongeveer tien patiënten. Nieuwe patiënten worden zodanig ingedeeld, dat een unit zo homogeen mogelijk is m.b.t. factoren als leeftijd, persoonlijkheidsstructuur, problematiek etc.

Elke unit heeft een eigen psycholoog en een eigen bezigheidstherapeute. Per twee weken wordt elke unit ook door twee dezelfde leden van de verpleging begeleid (er bestaat een roulatiesysteem). De zenuwarts en de bewegingstherapeute hebben met beide units te maken. Ik zal nu een korte beschrijving van het weekprogramma na de invoering van het unit-systeem geven.

De hoeveelheid bezigheidstherapie is teruggebracht tot drie maal twee uur per week, waarbij er tweemaal in groepsverband gewerkt wordt en éénmaal individueel. Bij de groepsbezigheidstherapie is de opzet, dat de patiënten (van één unit) gezamenlijk aan een bepaald, door hen zelf gekozen onderwerp werken, waarbij de interactie zo veel mogelijk gestimuleerd wordt.

Men werkt b.v. aan collages, waarbij er gezamenlijk een bepaald onderwerp gekozen wordt (dat al of niet in verband met de opname staat) of er wordt aan een mozaïek gewerkt, etc. Op deze wijze wordt het therapeutisch nut van de bezigheidstherapie vergroot. De bewegingstherapie blijft op tweemaal een uur per week gehandhaafd. De groepstherapie neemt een belangrijker plaats in dan voorheen het geval was en is nu gesteld op tweemaal anderhalf uur per week. Verder zijn er individuele gesprekken, in principe eenmaal per week met de psycholoog en eenmaal per week met de zenuwarts, waarbij eventueel ook een medikatie afgesproken wordt. De patiënten kunnen, indien zij dit wensen, ook tussentijds een gesprek aanvragen. 's Avonds, in de weekends en twee halve dagen per week is men vrij. Beide unit-programma's bestaan uit dezelfde onderdelen, maar de tijdschema's verschillen. Er wordt zo veel mogelijk getracht de lichamelijke onderzoeken, psychologische tests, etc. niet tijdens de hiervoor geschetste activiteiten te laten plaatsvinden.

Het zal duidelijk zijn dat met deze kleine groepen intensiever en beter gewerkt kan worden dan voorheen het geval was.

Ter afsluiting van de week, wordt er elke vrijdagmiddag een evaluatie gehouden met beide units samen. Er worden ook plannen voor de komende week besproken (b.v. om een dag naar een tentoonstelling, of naar een zwembad te gaan; in verband hiermee kan eventueel een tijdelijke programmaverandering afgesproken worden). Door deze gezamenlijke evaluatie wordt ook voorkomen, dat de beide units te zeer een gescheiden leven zou-

den gaan leiden (men wisselt ervaringen uit, etc.). Buiten de gescheiden unit-activiteiten trekken alle patiënten met elkaar op (b.v. in de avonduren). Het geheel bezien, kan gesteld worden dat er nu enerzijds veel gestructureerder gewerkt wordt dan voorheen het geval was; anderzijds is binnen de geschetste structuur alle ruimte voor de eigen inbreng van de patiënten, hetgeen ook zoveel mogelijk gestimuleerd wordt. Behalve veranderingen in de structuur van de patiëntengemeenschap werden ook veranderingen aan de kant van het personeel aangebracht.

Ik zal nu op e.e.a. wat verder ingaan. Hierbij zal de puntsgewijze behandeling (volgens de basisprincipes voor de therapeutische gemeenschap naar Maxwell Jones) van het eerste gedeelte van dit artikel aangehouden worden.

(a) *Het democratische principe* — Er kan gesteld worden, dat er zeker sprake is van een verbeterde communicatie tussen de patiënten en het personeel na de invoering van het unit-systeem. De vrijdagmiddag-evaluatie heeft hierin een belangrijke functie; in de loop van de tijd heeft deze bijeenkomst steeds meer het karakter van een 'patient-staff meeting' gekregen. Zaken als kritiek van patiënten op stafleden (en andersom) en conflicten komen regelmatig aan de orde. Enerzijds lijkt dit het gevolg te zijn van het feit dat er nu gelegenheid voor wordt geboden in het programma (en het dus gestimuleerd wordt), anderzijds speelt in verband hiermee ook de verminderde 'afstand' tussen patiënten en staf duidelijk een rol. Binnen de structuur van het programma kunnen de patiënten voor een groot deel de gang van zaken bepalen. Van democratisering m.b.t. meebeslissen in de structuur is echter nauwelijks sprake; deze structuur dient als basis en is als zodanig een gegeven (in de loop van de tijd zijn er echter wel veranderingen aangebracht in de structuur, mede onder invloed van de patiënten). Een verdergaande democratisering is in deze situatie niet haalbaar en therapeutisch gezien niet gewenst. Hierin spelen de heterogeniteit en de korte opnameduur, met het hieraan vastzittende grote verloop onder de patiënten een belangrijke rol. Indien geen rekening werd gehouden met deze factoren zou de continuïteit in gevaar komen.

Naast democratisering in de verhouding tussen patiënten en staf, vond ook democratisering binnen de staf plaats (deze twee aspecten kunnen niet los van elkaar gezien worden). De reeds eerder genoemde noodzakelijk voorafgaande mentaliteitsverandering was ook hier aanwezig. Er was binnen de staf (zowel aan de kant van de arts en psychologen als bij de verpleging) een gedeeltelijke onvrede met de situatie zoals die was en er was een duidelijke wil tot veranderen aanwezig (om de communicatie te verbeteren en de verpleging meer bij de therapie en het beleid te betrekken). Een en ander was op een min of meer informeel niveau ook al op gang gekomen. Er kan in dit verband opgemerkt worden dat ook op andere afdelingen van het ziekenhuis dergelijke tendenzen waar te nemen waren; zo werd er in deze periode op verschillende afdelingen een begin gemaakt met

'teamverpleging'. Op de psychiatrie had een en ander zijn uitvloeiselen in diverse veranderingen. Zo werd besloten dat de groepstherapie voortaan niet meer alleen door een psycholoog geleid zou worden, maar dat er voortaan ook twee leden van de verpleging zouden begeleiden (een gediplomeerde verplegende en een leerling). Hierbij werd mede beoogd om de 'afstand' tussen de verplegenden en de patiënten te verminderen. Bij de vrijdagmiddagevaluatie zouden voortaan zoveel mogelijk leden van het personeel aanwezig zijn, als praktisch gezien mogelijk was. Bij de teambesprekingen, die driemaal per week plaatsvinden en waarbij voorheen alleen de vaste staf aanwezig was, zouden nu ook de leerlingenverpleegsters betrokken worden en een stem hebben.

Het werd al snel duidelijk dat het veranderingsproces niet probleemloos zou gaan verlopen. Om te trachten dit proces eniger mate te vergemakkelijken, werd besloten om met de vaste kern van de afdeling een serie groepsbijeenkomsten te houden (noodzakelijkerwijze zonder de leerlingen, die slechts kort op de afdeling verblijven), waarbij de methode van het wisselend leiderschap gehanteerd zou worden. Enerzijds was het de bedoeling om aldus te trachten de onderlinge communicatie te verbeteren (van een 'one-way' naar een 'two-way' communicatie). Bij verschillenden was duidelijk een zekere huivering of drempelvrees aanwezig, hetgeen onder meer al tot uiting kwam in de moeite, die sommigen hadden met het elkaar tutoyeren. Vooral bij de eerste bijeenkomsten speelden deze zaken erg mee; later was er nauwelijks meer sprake van (de oude enigszins hiërarchische structuur veranderde langzamerhand). Anderzijds was het ook de bedoeling van deze bijeenkomsten om een soort leersituatie te creëren voor de verpleging, als voorbereiding op het mede gaan begeleiden van de groepstherapie. Men kon zo bekend raken met groepstechnieken, groepsprocessen, etc. Tijdens deze bijeenkomsten kwamen reeds de in de veranderingsperiode te verwachten onderlinge conflicten naar boven, o.a. autoriteitsconflicten (zie ook bij de bespreking van de therapeutische gemeenschap). We hadden hier bij de opzet van de bijeenkomsten misschien niet voldoende rekening mee gehouden. Het was in verband hiermee wellicht raadzamer geweest als we een groepsleider van buitenaf hadden aangetrokken i.p.v. de methode van het wisselend leiderschap toe te passen. Achteraf bezien is het veranderingsproces zeker versneld door deze bijeenkomsten. Ook op de afdeling zijn nadien, ondanks (of wellicht juist door) de goede wil van een ieder, nog wel conflicten gerezen; sommigen moesten er duidelijk aan wennen dat men zich meer 'met elkaars zaken' bemoeide.

Bij de verpleging waren er enkelen die niet wensten deel te nemen aan het nieuwe systeem op de psychiatrie. Zij hielden zich voortaan uitsluitend met de verpleging op de neurologie bezig, waar de vastomschreven 'verpleegstersrol' meer gehandhaafd bleef.

Na deze begintijd begon er langzamerhand een nieuw (beter)

evenwicht te ontstaan en namen de 'geboortestuijpjes' steeds verder af.

De leerlingverplegenden blijven slechts kort (enkele maanden) op de afdeling en wisselen elkaar steeds af. Zij hebben vaak de eerste tijd wat moeite om zich aan te passen. Zij moeten zich a.h.w. omschakelen, omdat ze van andere afdelingen komen waar het klimaat meestal totaal anders is. Ook deze 'problemen' lossen zich echter meestal na korte tijd op, hoewel het ook wel voorkomt dat een leerling het klimaat op de psychiatrie niet aan kan (vooral ook i.v.m. de relatie tot de patiënten) en naar een andere afdeling overgaat.

(b) *Het non-directieve principe* — Ook hier geldt: het non-directieve principe wordt zo veel mogelijk gehanteerd, maar binnen de bestaande structuur. De non-directiviteit kan niet altijd gehandhaafd worden. Het hangt erg af van de unit waar op een gegeven moment mee gewerkt wordt. Door de wisselende patiëntengemeenschap lukt het met de ene groep wel, maar gebeurt er bij een andere groep eenvoudig 'niets' (van therapeutisch nut), als er niet van een zekere directiviteit sprake is. Ten aanzien van een bepaalde patiënt kan het soms ook noodzakelijk zijn een enigszins directieve houding aan te nemen (b.v. tegenover een psychotische patiënt). Het dient echter gezegd te worden, dat deze noodzakelijke directiviteit vaak ook spontaan, of in navolging van het personeel, door de patiënten op elkaar wordt uitgeoefend.

Het uit de rol van 'patiënt' en 'genezer' komen, is de ene keer ook problematischer dan de andere. Een overeenkomstige houding aannemen levert nl. niet alleen bij het personeel soms problemen op (vooral in de beginfase was dit het geval), maar ook aan de kant van de patiënten. Sommigen komen zich als 'patiënt' aanbieden en trachten zich ook krampachtig aan deze ('veilige') rol vast te houden. Hierin speelt het verwachtingspatroon, waarmee de patiënt op de afdeling komt een grote rol. De manier waarop hij wordt voorbereid op de opname (door de huisarts en door ons) is hier van veel belang.

(c) *Het realiteitsprincipe* — Op dit principe wordt sterk de nadruk gelegd, vooral om een snelle revalidatie van de patiënt te bevorderen. Gezien de functie van de PAAZ is dit een belangrijk punt. Hier is eenduidig en consequent optreden van het personeel van het grootste belang. Soms tracht een patiënt op alle mogelijke manieren conflictsituaties te vermijden, b.v. door te proberen bepaalde situaties met 'klachten' te ontlopen; als dit via het ene personeelslid niet lukt, probeert hij het wel via het andere. Door goed teamoverleg kan in dergelijke situaties goed 'tegenspel' worden geboden (als zijn medepatiënten hem al niet op de vingers tikken).

Ook in de groepstherapie speelt dit principe een belangrijke rol. Zo komen b.v. dikwijls vragen naar voren als: 'wat is de invloed van je opname op je omgeving thuis?'; 'merk je, dat ze je nu anders behandelen dan voorheen?', etc. Ook binnen de groep

wordt sterk gelet op de uitwerking van iemands gedrag op anderen. Zo wordt vaak duidelijk, dat het afwijkend gedrag kan dienen om conflictsituaties te vermijden. Verder komt de realiteit van het straks weer in de maatschappij terugkeren, met alle problemen van dien, dikwijls ter sprake.

Ik heb het hier steeds over de functie van het afwijkend gedrag. Ook aan de inhoudelijke, causale factoren van het afwijkende gedrag wordt in de groepstherapie wel aandacht besteed, hoewel deze factoren in de individuele gesprekken meer aan bod komen.

(d) *Het eenvormigheidsprincipe* — Het is niet zo, dat de onderhavige behandelingswijze altijd geschikt is voor alle patiënten. Gezien de heterogeniteit zijn er meestal wel enkele patiënten waarvoor het behandelingssysteem niet, of minder goed, geschikt is (waarmee ik overigens niet wil zeggen dat ze er totaal niets aan zouden hebben). Zij krijgen dan een meer individueel gerichte behandeling, al worden ze toch zo veel mogelijk bij de groepsbezigheden betrokken, om te voorkomen dat deze patiënten in een isolement geraken. Ik denk hier b.v. aan patiënten die (nog) te psychotisch zijn, of organische stoornissen hebben. Voor verreweg de meeste patiënten is het behandelingssysteem echter wel geschikt, vooral ook omdat er niet te krampachtig aan de 'basisprincipes' wordt vastgehouden, wanneer dit therapeutisch niet gewenst is. Het systeem wordt flexibel gehanteerd.

De individuele gesprekken kunnen een oplossing bieden voor patiënten, die met problemen zitten die ze niet in de groep kunnen (durven) brengen of zich niet lenen voor een bespreking in groepsverband. Als regel wordt echter aangehouden dat zoveel mogelijk, als het maar enigszins kan, in de groep gebracht wordt en dat de individuele gesprekken op de tweede plaats komen.

(e) *Het prospectieve principe* — Dit principe speelt voortdurend door de opname heen. Steeds weer staat de komende terugkeer in de maatschappij op de achtergrond. De 'weekends naar huis' spelen hier een belangrijke rol; men kan bij die gelegenheid a.h.w. alvast weer even 'aan het eigen milieu ruiken' en zien in hoeverre men er (weer) tegen op kan. Ook kan de patiënt in deze weekends eventueel zijn ontslag thuis voorbereiden of belangrijke dingen bespreken (wellicht n.a.v. zijn behandeling). Door deze weekends (en door het dagelijks bezoek) blijft ook het contact met de buitenwereld gehandhaafd. Meestal blijft de patiënt het eerste weekend op de afdeling. Indien mogelijk volgen daarna een kort weekend (een dag) en de lange weekends (twee dagen) naar huis. De patiënt heeft hier natuurlijk ook zelf een stem in.

De overgang na het ontslag wordt vergemakkelijkt door begeleidende poliklinische gesprekken (vaak met een partner erbij). Eventueel optredende problemen m.b.t. het ontslag kunnen dan over het algemeen goed worden opgevangen. Vragen als: 'hoe staat je partner er tegenover dat je veranderd bent?', 'verandert hij ook?', etc. komen hierbij veelvuldig aan de orde. Indien het nodig is, blijft de patiënt nog enige tijd onder poliklinische behandeling bij dezelfde therapeut.

Nabeschuwing

Het eigene van de in dit artikel beschreven PAAZ is, dat men er ondanks de beperkende factoren (heterogeniteit van de patiëntengemeenschap, korte opname duur, setting) toch in geslaagd is om tot een behandelingsstelsel te komen, waarin belangrijke elementen van de therapeutische gemeenschap-benadering vertegenwoordigd zijn. Een groter aantal patiënten kan aldus van de voordelen van een dergelijke groepswijze behandelingsvorm profiteren. De grote aandacht die in 'het programma' aan groepsactiviteiten besteed wordt, heeft ten gevolge dat ook hierbuiten ('s avonds, in de vrije tijd, in de weekends, etc.) veel meer van een groepsband sprake is dan voorheen. Men vangt elkaar goed op en stapt minder snel naar het personeel toe om hulp (voor zichzelf of voor anderen). Er heerst een groter onderling vertrouwen. Dit komt b.v. ook tot uiting op de bezigheidstherapie. Er worden vaker bezigheden gekozen met een persoonlijke relevantie (b.v. via collages iets over jezelf of over anderen vertellen). Dikwijls gaat men hier dan in de groepstherapie weer verder op door. Een punt waarop gewezen moet worden, is dat de kwalitatieve en kwantitatieve verbeteringen in het behandelingsstelsel bereikt zijn, zonder dat het personeelsbestand behoefde te worden uitgebreid. In de nieuwe structuur kan iedere kracht een optimale bijdrage leveren in het geheel, terwijl voorheen veel mogelijkheden onontplooid bleven. Door de grotere betrokkenheid van een ieder bij de gang van zaken, wordt er ook enthousiaster gewerkt. Dat dit op zich een vergroting van het therapeutisch effect ten gevolge heeft, is bekend.

Het zal duidelijk zijn dat in de nieuwe structuur de continuïteit op de afdeling ook beter gewaarborgd is (men is minder 'onmisbaar'). In het besluit om tot een andere opzet van de afdeling te komen, was de verwachting dat het therapeutisch effect er door vergroot zou worden, de belangrijkste factor. Dat dit ook is uitgekomen, leidt geen twijfel. Het blijkt onder meer uit het feit dat het nu mogelijk is om minder en selectiever met psychofarmaca te werken. Verder is de gemiddelde opnameduur teruggelopen van 31 naar 24 verpleegdagen en zijn er minder recidives (ook poliklinisch).

Men zal er nu voor moeten waken zich niet blind te gaan staren op de vooruitgangen, maar voortdurend te blijven zoeken naar verdere mogelijkheden tot verbetering.

Literatuur

** Voor de beknopte beschrijving van de therapeutische gemeenschap-benadering, is de hieronder genoemde literatuur geraadpleegd.

Bierenbroodspot, P., *De therapeutische gemeenschap en het traditionele psychiatrische ziekenhuis*. J. A. Boom en Zoon, Meppel, 1973.

Gralnick, A. and D'Elia, F. G., Role of the patient in the therapeutic com-

munity. Patient participation. From: *The psychiatric hospital as a therapeutic instrument. Collected papers of high point hospital.* Brunner/Mazel, New York, 1969.

Jones, M., *The therapeutic community.* Basic books inc., New York, 1952.

Jones, M., Towards a clarification of the therapeutic community concept. *Brit. J. Med. Psychol.*, 32, 200, 1959.

Jones, M., *Social psychiatry. In the community, in hospitals and in prisons.* Ch. Thomas, Springfield, 1962.

Jones, M., *Beyond the therapeutic community. Social-learning and social psychiatry.* Yale University Press, New Haven and London, 1968.