

Werkmodel voor een opnameafdeling

door L.H.W.M. Kaiser

Samenvatting

De afdeling voor opname en kortdurende behandeling van een Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis wordt beschouwd als een suprasysteem voor de patiënt, dat vergelijkbaar is met een gezinssysteem. Er ontwikkelen zich op de afdeling vergelijkbare interacties tussen patiënt en personeel als in het gezin tussen gezinsleden. In dit artikel wordt een werkmodel besproken dat zich richt op deze interacties. Het behandelprogramma is gebaseerd op het Expressed Emotion concept van Brown en de psycho-educatieve gezinstherapie van Anderson die van dit concept uitgaat. Het model wordt in dit artikel afgestemd op de opnameafdeling. De therapie heeft tot doel om de Expressed Emotion van het personeel naar de patiënt te verlagen, daar een hoge Expressed Emotion tot recidief psychose zou leiden. In het werkmodel wordt ervan uitgegaan dat de effecten van de Expressed Emotion van het personeel naar de patiënt dezelfde zijn als die van de gezinsleden naar de patiënt.

Inleiding

Er zijn vele behandelprogramma's geschreven voor geselecteerde groepen psychiatrische patiënten. Deze specifieke programma's vooronderstellen een patiëntenselectie volgens de kenmerken die hierop betrekking hebben. In de literatuur blijken er echter nauwelijks publicaties te bestaan die handelen over behandelprogramma's voor niet geselecteerde groepen patiënten. Op een opnameafdeling van een APZ is hieraan juist extra behoefte, omdat de behandeling door de grote variatie in de vaak nog onduidelijke pathologie en de korte verblijfsduur snel tot een onsamenhangende reeks van ad hoc-maatregelen degenerereert. Toch zal voor de patiënten naast observatie direct een behandeling wenselijk zijn, omdat zij veelal opgenomen werden vanuit een acute crisis.

In dit artikel schetsen we een algemeen raamwerk voor de begeleiding van een dergelijke patiëntengroep, waarvan de individuele leden gedurende een periode van drie weken tot drie maanden worden geobserveerd en behandeld. Door een dergelijke structuur worden gunsti-

ge voorwaarden geschapen voor een constructieve evaluatie en voor een cumulatie van ervaring. Bovendien kunnen medewerkers hierdoor hun handelen op elkaar afstemmen, hetgeen chaotisch (be)handelen kan voorkomen. Dit algemene raamwerk wordt in het vervolg van dit artikel aangeduid met 'werkmodel'. Als uitgangspunt voor het werkmodel van de opnameafdeling is gekozen voor de gestructureerde gezinstherapie van Anderson. In het werkmodel, dat in het laatste hoofdstuk beschreven wordt, wordt deze therapie toegepast op het personeel van de afdeling en op de relevante personen uit de maatschappij.

Psycho-educatieve achtergronden van het werkmodel

Het onvermogen van de patiënt om met stress om te gaan kan leiden tot pathologie. Door een tekort aan of een defect in probleemoplossend vermogen kan de patiënt een verstoring van het evenwicht niet ondervangen. Een verzwakking van het biologische subsysteem kan deze verstoring luxeren of versterken. Als het milieu hierbij veel gevoelens naar de patiënt uit, kan dat een extra belastende factor zijn, zeker als de patiënt niet in staat is om zich tegen een dergelijke omgeving te weren. Hiermee wil geenszins gezegd zijn dat de familie de stoornis veroorzaakt; zij kan daarentegen wel een belangrijke bijdrage leveren aan het leerproces van de patiënt teneinde sociaal onvermogen te voorkomen. Als de omgeving gericht in het behandelproces betrokken wordt, zal het minder onvermogen ervaren. Negatieve interactie wordt daardoor voorkomen zodat er minder kans is op een recidief.

Men mag veronderstellen dat ook de omgeving van de patiënt in het APZ aan hetzelfde proces als de familie onderhevig is. Zij vormt immers het sociaal milieu voor de opgenomen patiënt. Patiënt en personeel zijn in interactie met elkaar binnen het systeem van de afdeling. De patiënt beïnvloedt de groep en het personeel in een circulaire wisselwerking; er is een terugkoppeling waarbij de patiënt een reactie teweeg brengt bij de omgeving, die op haar beurt op hem inwerkt. Het gedrag van de patiënt wordt hierdoor beïnvloed vanuit een wederzijdse aanpassing. De patiënt zal dus reageren op de gedragingen van het hem omgevende systeem, welke gedragingen hij gedeeltelijk zelf geïnduceerd heeft door zijn eigen gedrag. In de gezinstherapie en in de begeleiding van het personeel op de afdeling worden deze interactiepatronen als uitgangspunt genomen. Gericht begeleiden van de reacties van de omgeving kan de patiënt een mogelijkheid geven om zijn ervaringen en denken tot dan toe te toetsen en eventueel te herstructureren en te herformuleren.

De gezinstherapie van Anderson

Anderson e.a. (1980), Falloon (1982), Mosher e.a. (1978) en Leff (1982) toonden aan dat door gezinsbehandeling, die verlaging van de geuite gevoelens tot doel had, de psychosociale stress voor de patiënt verminderde en het aantal recidieven afnam. Deze therapie minimali-

Schema 1

Phases	Goals	Techniques
<i>Phase I</i> Connection	– Connect with the family and enlist cooperation with program – Decrease guilt, emotionality, negative reactions to the illness – Reduction of family stress	– Joining – Establishing treatment contract – Discussion of crisis history, and feelings about the patient and the illness – Empathy – Specific practical suggestions which mobilize concerns into effective coping mechanisms
<i>Phase II</i> Survival skills workshop	– Increased understanding of illness and patient's needs by family – Continued reduction of family stress – De-isolation-enhancement of social networks	– Multiple family (education and discussion) – Concrete data on schizophrenia – Concrete management-suggestions – Basic communication skills
<i>Phase III</i> Reentry and application	– Patient maintenance in community – Strengthening of marital/parental coalition – Increased family tolerance for low level dysfunctional behaviors – Decreased and gradual resumption of responsibility by the patient	– Reinforcement of boundaries (generational and interpersonal) – Task assignments – Low key problem solving
<i>Phase IV</i> Maintenance	– Reintegration into normal roles in community systems (work, school) – Increased effectiveness of general family processes	– Infrequent maintenance sessions – Traditional or exploratory family therapy techniques

seert overstimulatie voor de mogelijk overgevoelige patiënt. Zij tracht daartoe de kritische overbetrokkenheid van het milieu naar de patiënt te verminderen en de autonomie van hen beide te versterken. Schema 1 is een weergave van de therapie van Anderson (1981) die in 4 overlappende fasen onderverdeeld is. Het karakter van de therapie is sterk gestructureerd, steunend en psycho-educatief. Als uitgangspositie worden geringe vorderingen van de patiënt bekrachtigd en te hoge verwachtingen getemperd door voor de patiënt doelen te stellen die op korte termijn goed bereikbaar zijn. Stapsgewijs wordt gewerkt in de richting van het uiteindelijke doel. Hiermee bereikt men een minimale kans op teleurstelling zowel bij de patiënt als bij de omgeving hetgeen veelal een negatief kritisch optreden voorkomt. De hoofdcomponenten van deze therapie zijn: informatieverstrekking, communicatie- en probleemoplossingstraining (crisis en algemeen georiënteerd), het geven van adviezen aan de familie volgens gedragstherapeutische principes en het tot stand brengen van contacten tussen de families van vergelijkbare patiënten. De familie krijgt adviezen en informatie over de ziekte. Vervolgens kan hun dan geleerd worden om gericht problemen op te vangen, met respect voor ieders grenzen binnen het systeem. Hierdoor krijgt de omgeving mogelijk meer eensgezindheid en zekerheid in de reacties op de patiënt.

In dit artikel wordt verondersteld dat de gestructureerde therapie van Anderson toepasbaar is op een heterogene groep patiënten die allen opgenomen zijn. De therapie is gebaseerd op het concept 'Expressed Emotion' (EE) van Brown en Rutter (1966). Zij verstonden hieronder: het geuite gevoel van de familie naar de patiënt. De volgende vijf gevoelsfactoren noemden zij een maat voor de Expressed Emotion:

- het aantal kritische opmerkingen over het gedrag of een eigenschap van de patiënt, ook als er geen negatieve toon in doorklinkt;
- vijandigheid ten opzichte van de patiënt, geuit als negatieve opmerkingen over zijn persoonlijkheid, over de wijze waarop de patiënt verkeerd 'is' en niet hoe hij iets verkeerd 'doet';
- positieve opmerkingen;
- geuite warmte over de patiënt, in de vorm van begrip, sympathie en warme bezorgdheid;
- gevoelsmatige overbetrokkenheid naar de patiënt toe. Deze schaal omvat thema's zoals dramatiseren van gebeurtenissen, gevoelens overdrijven, zelfopofferende houding, overbescherming, symbiotische neigingen.

Vaughn en Leff (1976) toonden aan dat patiënten die veel tijd (meer dan 35 uur) doorbrachten in hoge EE scorende families en niet beschermd werden door neuroleptica, een slechte prognose hadden. Als er één beschermende factor aanwezig was (medicatiegebruik of minder dan 35 uur contact met de familie), was de prognose beter. Als beide beschermende factoren aanwezig waren, was de recidiefkans net

zo groot als bij patiënten die naar families met lage EE ontslagen werden. In de familie met lage EE was het recidiefpercentage van de psychose laag; het al dan niet gebruiken van medicatie gaf geen verschil in resultaat. Extrinsieke factoren verhoogden dus de kans op een recidief. Voor een nadere beschrijving van de factoren, het interview en de psychometrische aspecten van het concept EE wordt verwezen naar het artikel van Dingemans en Van Engeland (1984). Lukoff e.a. (1984) komen in hun overzichtsartikel tot een algemeen resultaat. Zij stellen dat er samenhang is aangetoond tussen de atmosfeer in het gezin, life events en het beloop van de ziekte; deze relatie is niet uniek voor schizofrenie.

Vaughn en Leff (1981) identificeerden karakteristieke gedragingen van de omgeving als reactie op de pathologie van de patiënt: De lage EE-families respecteerden de wens van de schizofrene patiënt om zich sociaal terug te trekken, zij waren bezorgd maar niet angstig en hadden een effectieve kalmerende invloed in crisissituaties. Zij beschouwden de patiënt als werkelijk ziek en waren derhalve tolerant voor vreemde gedragingen. De hoogscorende EE-families daarentegen bleken sterk in de persoonlijke sfeer van de patiënt binnen te dringen. Zij werden wanhopig en woedend in crises en stelden de patiënt zelf verantwoordelijk voor zijn zieke gedrag. Zij twijfelden aan zijn ziek zijn en accepteerden de gestoorde gedragingen dan ook niet waardoor ze te hoge eisen stelden.

Werkmodel

Uitgangskader – Een werkmodel is voor de opnameafdeling noodzakelijk om te voorkomen dat door de non-selectieve en acute opnames een weinig doelgerichte en wanordelijke opvang ontstaat. Een dergelijk werkmodel wordt in schema 2 weergegeven en in de volgende paragraaf nader uitgewerkt. In dit model heeft het verlagen van de EE van het personeel naar de patiënt de meeste aandacht. Het lijkt immers aannemelijk dat van de Expressed Emotion van het personeel eenzelfde invloed uitgaat naar de patiënt als van de EE van de gezinsleden. De gezinstherapie van Anderson zal als leidraad dienen voor het organiseren en begeleiden van de sociodynamiek, gericht op het verlagen van de EE.

Werkwijze – De procesbeschrijving zal gesplitst worden in twee processen: dat van de patiënt en dat van het behandel- en verpleegteam (te zamen de 'begeleiders' genoemd).

De eerste fase van de opname heeft tot doel de wederzijdse kennis-making zodanig te laten verlopen dat patiënt en personeel vertrouwen in elkaar krijgen.

Voor de *patiënt* betekent de opname veelal een verstoring van zijn toch al pathologische evenwicht. Aan de patiënt en de relevante per-

Schema 2

	DOEL	METHODE VAN HANDELEN	
		Patiënt	Personeel
<i>Fase I</i>	- kennismaken - vertrouwen creëren - crisis opvang	- contact leggen - informatie verwerven - probleeminventarisatie - behandelplan opstellen, crisis georiënteerd	- invoegen - informatie geven - informatie vragen - regulatie expressed emotion • informatie over de ziektegeschiedenis • crisis georiënteerd probleem oplossen - subdoelen vaststellen
<i>Fase II</i>	- vaardigheid leren - ik-versterking	- leren omgaan met zijn ziekte - behandelplan opstellen, vaardigheid georiënteerd • sociale vaardigheid • communicatie • probleem oplossen - milieubegeleiding	- informatie over de ziekte - herevaluatie behandeldoelen - algemeen georiënteerd probleem oplossen - gerichte psychotherapie
<i>Fase III</i>	- losmaking + resocialisatie - in vivo training	- contact met familie in de maatschappij - stapsgewijze training in de maatschappij - verminderd contact met hulpverlener - toekomstplanning	- resocialisatieplan opstellen - zelfstandigheid patiënt stimuleren
<i>Fase IV</i>	- afsluiting behandeling	- nazorg contact - herhaling vaardigheidstraining	- overdracht aan nazorginstantie - prognosestelling - resultaatbeoordeling

sonen uit de omgeving moet informatie gegeven worden over de opname en de afdeling. Deze informatie heeft het meeste effect als ingespeeld wordt op de sociale stijl, grenzen en gewoontes van de patiënt en diens begeleiders. Het personeel voegt zich als het ware in het gezinssysteem van de patiënt. De patiënt en zijn systeem kan de chaos ordenen door zijn problemen en levensloop op een rij te zetten. Hierin kan hij begeleid worden doordat het personeel de vragen die het hem stelt in een logisch kader plaatst met een duidelijke functionele analyse. Aan de hand van de verkregen informatie wordt een behandelplan opgesteld waarin goed bereikbare subdoelen overzichtelijk omschreven staan. Het personeel kan dan zijn omgang met de patiënt op deze doelen afstemmen zodanig dat de patiënt de zin van bepaalde regels, gewoonten en grenzen begrijpt. De eerste kennismaking is de basis voor de crisisopvang van de patiënt, waarin hem een gevoel gegeven moet worden dat hij begrepen wordt. Deze acceptatie kan worden overgedragen door:

- de patiënt zijn gevoelens over het opgenomen zijn te laten ventileren;
- respect te hebben voor zijn grenzen en weerstanden;
- het verhogen van zijn algemene niveau van bekrachtiging (Cautela 1984) door hem systematisch te bekrachtigen gericht op de subdoelen van het behandelplan.

De hulpverleners hebben als taak om de patiënt goed te observeren en de eerste crisis op te vangen. Door de intensieve dagelijkse omgang met de patiënt ontwikkelt zich bij het personeel een emotioneel proces overeenkomstig de EE van de familie:

1. Te negatieve reacties gericht op de pathologie en persoonskenmerken van de patiënt. Deze negatief kritische houding van het personeel kan een directe reactie zijn op storend gedrag van de patiënt; secundair kan zij voortkomen uit teleurstelling als de patiënt niet aan de beginverwachtingen van het personeel voldoet. Hiertoe bestaat grote kans als de patiënt zich in de eerste dagen na opname aanpast aan de omgeving en na een aantal dagen deze aanpassing laat vallen.
2. Te intensieve positieve reacties met overbetrokkenheid. Deze kunnen leiden tot te sterke identificatie met de patiënt. Hierdoor bestaat het gevaar dat zijn pathologische gedragingen en belevingen ontkend of afgewezen worden en niet behandeld. Telkens als de patiënt dan dit gedrag vertoont, wordt het personeel in zijn verwachtingen teleurgesteld en verhoogt zijn EE in de vorm van veel negatieve opmerkingen over het 'storende' gedrag, terwijl de patiënt de noodzakelijke begeleiding in het ziekteproces onthouden dreigt te worden.
3. Als behandelingsresultaat uitblijft kan het personeel schuldgevoelens krijgen over vermeend eigen falen, vanuit onmacht ten opzichte van de ziekte. Om deze gevoelens ongedaan te maken kan nog indringender contact gezocht worden. Anderzijds kan het gevoel van falen en hulpeloosheid geweerd worden door de patiënt als ongenees-

lijk ziek te bestempelen en hem te gaan beschermen in plaats van te appelleren aan zijn eigen verantwoordelijkheid.

Deze emotionele reacties kunnen door de beleidsmedewerker(s) ondervangen worden door het personeel een effectief coping gedrag te leren. Hiervoor is informatie nodig over het ziekteproces zoals zich dat specifiek aan de patiënt voltrekt, met zijn omstandigheden, biografie, biologische geaardheid etc. Deze informatie is een synthese van de somatische, individueel-psychologische (psychiatrische), sociaal-psychologische (psychiatrische) maatschappelijk-culturele gegevens die door de medewerkers zijn verzameld.

In de behandelstrategie wordt geanticipeerd op bovengenoemde emotionele reacties en wordt een verhoogde EE voorkomen. Machteeloosheid kan verminderd worden door het personeel de methode van crisis-georiënteerd-probleemoplossen volgens Goldstein (1976) te leren, waarbij de beleidsmedewerker als een soort ombudsman fungeert. Vanuit informatie over het ziekteproces kan problematisch gedrag dat eventueel van de patiënt te verwachten valt voorspeld worden. Gezamenlijk kan dan al gedacht worden over een oplossing van de te verwachten problemen, zodat het systeem niet in een te hoge EE vervalt. De algemene houding moet gericht blijven op de overtuiging dat men de patiënt zeker als mens iets te bieden heeft. Hiertoe moeten te hoge verwachtingen en ver verwijderde doelen ondervangen worden door een stapsgewijze benadering met subdoelen gericht op het hier-en-nu. Deze doelen kunnen vanuit de gegevens van de verschillende disciplines opgesteld worden. Aparte aandacht moet besteed worden aan het optimale milieu en de rol van het personeel daarin, opdat de afdeling voor de patiënt een corrigerend en therapeutisch suprasysteem wordt, ook al staat de primaire pathologie nog overheersend op de voorgrond. Hiervoor kan het schema van Ciompi (1981, bijlage 1) als leidraad dienen.

In de tweede fase zal het accent voor de patiënt liggen op het leren omgaan met zijn ziekte en oefenen van vaardigheden die van invloed waren op het ziek zijn. De basistraining is gericht op het aanleren van sociale en communicatievaardigheden, en op het zelf leren oplossen van problemen. Deze training kan groepsgewijs gegeven worden. Immers alle patiëntencategorieën schieten in deze vaardigheden te kort. Op de opnameafdeling zijn leefgroepen gedifferentieerd naar de mate van zelfredzaamheid en sociale vaardigheid. Iedere groep heeft hierdoor zijn eigen groepscultuur. De groep waar de crisisopvang plaats vindt heeft een los-zandstructuur. Hier is men veelal individueel bezig. In de tweede groep wordt gericht op de groepscohesie. De patiënten zijn hier als groep zelfredzaam. In de laatste groep zijn de normen, grenzen en regels gericht op het losmakingsproces tussen patiënt en hulpverlener en het ingroeien in de maatschappij. Het leefmilieu houdt gelijke tred met de toestand van de patiënt en de fase van het

behandelplan. Als de pathologie bij de patiënt nog sterk op de voorgrond staat, is het risico van falen, overstimulatie en te weinig leren nog te groot. Voor deze patiënt is fase twee van de behandeling nog niet geïndiceerd, en hij zal dus ook in zijn leefmilieu nog op de meer crisis georiënteerde groep moeten blijven.

In de tweede fase wordt de sociotherapie gesystematiseerd waartoe in fase één al de eerste aanzet is gegeven. Zowel onder- als overstimulatie moeten voorkomen worden. Het optimale therapeutische milieu wordt beschreven door Ciompi (bijlage 1). Spanning, onberekenbaarheid, discontinuïteit, affectvervlakking, irrationaliteit, infantilisering, wantrouwen, stereotypen en tegenstrijdigheden moeten zo veel mogelijk geweerd worden. Rust, overzicht, eenvoud, helderheid, duidelijkheid, vertrouwen, stimulering van verantwoordelijkheidszin en continuïteit moeten nagestreefd worden. De houding en het rolgedrag van het personeel moeten hieraan aangepast worden om het geeigende sociotherapeutische milieu te creëren.

Het milieu waaruit de patiënt komt, wordt begeleid volgens de structuur die Anderson aangeeft. De afdeling kan de relaties helpen door rekening te houden met de belasting en de wensen die zij ervaren bij de omgang met een psychisch gestoord persoon. Informatie over de ziekte en de rol van de EE hierbij kan hun onzekerheid en daarmee hun belasting verlichten. Adviezen zullen erop gericht zijn om de EE op een laag niveau te brengen en te houden. Veelal stelt de familie de vraag: 'Wat heeft hij? Wat hebben wij eraan gedaan?' Een dergelijke zichzelf beschuldigende houding wordt veranderd door hun een actief helpende opstelling te leren, zoals een methode om crisissituaties mee te helpen oplossen. De mensen uit de omgeving wordt inzicht gegeven in de pathologische gedragingen. Ook worden zij begeleid in de omgang ermee, gericht op verlaging van de EE.

De principes van de operante conditionering kunnen hierbij een leidraad zijn. De werking en effecten van positieve bekrachtiging van gewenst gedrag worden aan de hand van voorbeelden aan de omgeving uitgelegd, evenals de principes van uitdoving van ongewenst gedrag. Er worden aanwijzingen gegeven hoe ongewenst gedrag genegeerd kan worden. Speciale aandacht wordt gegeven aan het herformuleren van gegeneraliseerde gevoelsuitdrukkingen, zoals: 'je deugt nergens voor'. In de plaats daarvan wordt een gespecificeerde uitlegting gesteld die duidelijk het bekritiseerde gedrag omschrijft: 'wat je nu doet in deze situatie, vind ik vervelend omdat...'. Als deze basishouding verankerd is, wordt de relaties probleemoplossend gedrag geleerd. De begeleiders zullen er wel voor moeten waken dat de boodschappen die van de hulpverleners en van de patiënten uitgaan niet tegenstrijdig zijn, daar dat de kans op een verhoogde EE vergroot.

Ook de houding van de begeleiders zal zich essentieel moeten wijzigen als de patiënt uit de crisis komt. Twee weken na de eerste evaluatie brengen alle betrokkenen uit de verschillende disciplines de

verzamelde gegevens, hun observaties en hun visie in, teneinde de behandeldoelen te herformuleren. Zo veel mogelijk wordt getracht om haalbare doelen te stellen, ook al zijn de doelen nog zo laag. Te hoge of te lage verwachtingen worden aan de hand van de behandelresultaten die tot dan toe bereikt zijn, bijgesteld. De verwachtingen worden afgestemd zowel op het ziektebeloop als op de gezonde vermogens van de patiënt. De observatie is derhalve op beide aspecten gericht. Aan de hand van dit beeld kunnen eisen gesteld worden aan de patiënt, gericht op het verminderen van bizar gedrag of antisociaal optreden. De begeleider stemt zijn houding af op het optimale milieu zoals dat geschetst is in het schema van Ciompi. Hij stimuleert de patiënt om zich meer verantwoordelijk op te stellen voor zijn aandeel in het dagelijkse gebeuren op de afdeling. In de patiëntenbespreking kunnen de begeleiders moeilijkheden bij het omgaan met het ziekteproces onderling uitwisselen. Te zamen kan naar een oplossing gezocht worden door middel van probleemoplossingsstappen, zoals door D'Zurilla (1971) beschreven. Door de begeleiders te leren via welke stappen zij problemen kunnen oplossen en hun daarvoor een middel te geven, kan machteloosheid en daarmee een hoge EE ondervangen worden. Het personeel wordt bekrachtigend begeleid, zelfs als het gewenste eindresultaat niet is bereikt. In dat geval zullen successen op onderdelen geprezen moeten worden. Automatische emotionele reacties zoals die ontstonden in het suprasysteem in de maatschappij, moeten ondervangen worden. Hiertoe zal men de gevoelens naar de patiënt aan elkaar moeten toetsen, waarna een omgangsplan kan worden opgesteld. De Expressed Emotion van de begeleiders kan verminderd worden en omgezet in een effectieve betrokkenheid bij de patiënt door theoretische informatie over de achtergronden van het ziekteproces in zijn algemeenheid, dus niet patiënt-specifiek.

De derde fase is gericht op het losmakingsproces waarin de patiënt en de hulpverlener zich onafhankelijk maken van elkaar. De patiënt is eraan toe om de geleerde vaardigheden meer op eigen kracht in de maatschappij te gaan uitvoeren. Een helder, duidelijk gestructureerd vervolgprogramma, afgestemd op de (on)vermogens van de patiënt, is nu op de evaluatieve besprekingen het hoofdthema. Er wordt speciaal gelet op:

- voorkómen van een te gering appèl;
- afremmen van te hoge verwachtingen die leiden tot onvermijdelijke teleurstellingen;
- uitvoeren van één verandering tegelijk.

De begeleiding zal hierbij al dan niet directief met de patiënt plannen maken. Aanvankelijk is een stapsgewijze opbouw noodzakelijk, van dag tot dag gepland; later kan meer toekomstgericht gewerkt worden. De toekomstplanning, gericht op woonvorm en activiteiten, moet afgestemd worden op de persoonlijkheidsstructuur, de ik-functies en de

omstandigheden, zoals in het schema van Ciompi weergegeven, ten-einde hernieuwde levensstress te voorkomen. Naarmate de patiënt vaardiger wordt kan de begeleiding verminderen. De patiënt kan, gesteund door de groep op de afdeling, aan zijn eigen resocialisatie werken. Binnen zijn leefgroep op de afdeling heerst er een cultuur die gericht is op deze resocialisatie.

Ook de familie zal zich in moeten stellen op de opvang van de patiënt. Daartoe wordt zij geholpen door zo veel mogelijk tegemoet te komen aan haar wensen zoals praktische adviezen, informatie, emotionele steun, participatie in het behandelplan (Creer 1975). De patiënt gaat veelal in de weekenden naar zijn thuismilieu en heeft dus minder contact met zijn behandelaars. Dit zou naar analogie van Wing en Olsen (1979) een bescherming kunnen betekenen tegen de Expressed Emotion van het personeel en derhalve een bescherming tegen een recidief van de pathologie of tegen hospitalisatie. Er is nog nooit onderzoek gedaan naar de relatie tussen de EE van hulpverleners, het aantal uren contact met hen en de kans op een recidief of hospitalisatie. Mogelijk geldt ook voor het contact tussen de hulpverleners met een hoge EE en de patiënt een kritische grens met betrekking tot de recidiefkans zoals Wing die aangeeft voor het gezin.

In deze fase waarin de losmaking patiënt-personeel centraal staat, moet vanzelfsprekend de aandacht van het *personeel* naar de meer zelfredzame patiënt afzakken en verschuiven naar de pas opgenomenen. Deze losmaking is veelal nodig om te voorkomen dat het personeel de patiënt bij goed bereikte doelen afhoudt van zelfstandig functioneren. De kern van de losmaking is dus het afzakken van de emotionele betrokkenheid. De emotionele grenzen tussen hulpverlener en patiënt worden versterkt door tijdens de patiëntenbespreking het accent te leggen op de mate van zelfstandigheid die de patiënt heeft bereikt. Gezamenlijk wordt nauwlettend getoetst of de patiënt meer ruimte geboden moet worden, of juist meer structuur en directe begeleiding. Daartoe wordt een resocialisatieplan opgesteld, waarin het handelen zo veel mogelijk overgelaten wordt aan de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt. Hij wordt daarbij gestimuleerd om zich zo veel mogelijk in het suprasysteem in de maatschappij in te passen. Het personeel trekt zich als suprasysteem steeds meer terug, en geeft de patiënt de gelegenheid om zich te kunnen distantiëren van de afdeling en om eigen normen en grenzen te stellen. De bespreking dient er in deze fase vooral voor om de emotionele reacties op de losmaking te verwerken door toetsing bij elkaar. Hierdoor wordt het personeel rijp gemaakt om de patiënt de ruimte te geven voor zijn resocialisatie.

In de vierde fase wordt de behandeling wat de patiënt betreft gericht op resocialisatie en nazorg. De patiënt is nu in een geheel ander proces gewikkeld. Hij concentreert zich op zijn leven in de maat-

schappij en de opvang aldaar. Op hem wordt daar een appèl gedaan en hij moet zich nu, zonder steun, maar met de geleerde vaardigheden kunnen redden. Vaak is een korte herhaling nodig van de vaardigheidstraining binnen de groep. Het milieu waar de patiënt naar toe gaat behoeft in deze fase begeleiding gericht op opvang van en omgang met de patiënt en op praktische zaken. Hierdoor wordt de EE laag gehouden of verlaagd. Als het de patiënt gelukt om zonder veel stress te functioneren in de maatschappij, wordt hij uit het ziekenhuis ontslagen. De relaties zijn dan dusdanig begeleid dat van hen uit geen hoge EE meer te verwachten is.

De patiënt moet omschakelen op nazorg. Een vloeiende overgang wordt zo veel mogelijk nagestreefd. Onvoldoende motivatie van de patiënt maakt een dergelijk streven niet altijd realiseerbaar. Dit gebrek aan motivatie is mogelijk het gevolg van het feit dat de patiënt de crisis niet meer aan den lijve ervaart, en de stap van loslaten en omschakelen op een andere hulpverlener te groot en te belastend vindt. Wenselijk is derhalve dat het nazorgcontact reeds tijdens de opname gelegd is.

Voor de *begeleiding* betekent het overdragen van de behandeling aan een andere instantie een loslaten van de betrokkenheid bij de patiënt. Het gevaar bestaat dat er allerlei irrationele cognities optreden, vanuit de onzekerheid over de toekomst van de patiënt, twijfel of de behandeling wel net zo voortgezet wordt als tot dan toe gebeurde, en vanuit de almachtsgevoelens van de hulpverlener. Hernieuwd decompenseren van de patiënt na ontslag wordt immers maar al te vaak aan een ander gebeuren toegeschreven dan aan de ziekte. Het ligt dan voor de hand om mankementen bij de nazorginstantie of bij het opvangende milieu aan te wijzen. Bij het personeel ontstaat namelijk hetzelfde mechanisme als in de vele studies over de relatie tussen het familiegedrag en schizofrenie. De opvoeding, affectieve verwaarlozing, de communicatie werden als veroorzaker van de psychische ziekte aangewezen zonder rekening te houden met de biologische geaardheid van de patiënt als basis van de verminderde tolerantie.

Teneinde dit vooroordeel van de hulpverleners te ondervangen, kunnen in de afsluitingsfase gezamenlijk de veronderstelde prognose en de eventuele problemen die in de maatschappij te verwachten zijn besproken worden. Hiervoor is een voorwaarde dat de begeleiders zich bewust zijn van het ziekteproces. De weg voor een even intensieve en positief kritische houding bij een heropname moet geopend blijven, hetgeen alléén mogelijk is bij een realistische toekomstverwachting. Deze moet gespeend zijn van reddersfantasieën of andere irrationele cognities. Hiermee kan de machteloosheid van het personeel als reactie op de teleurstelling bij een recidief ondervangen worden. Het meten van het eigen functioneren aan het aantal recidieven is volstrekt onjuist. Recidieven treden veelal op door het ziekteproces of de persoonlijkheidsstructuur van de patiënt in relatie tot stress of life

events. In de eindbespreking wordt geëvalueerd wat bereikt is, vooral gericht op de mate waarin een bijdrage geleverd is aan het als mens tot zijn recht komen van de patiënt. Bekrachtiging van een, ook al is het een minimaal bereikt doel voorkomt dat men vervalt in een desastreus fatalisme. Ook het personeel wil als mens tot zijn recht komen; dit houdt in dat het een basale hoeveelheid aan bekrachtiging nodig heeft om met voldoening te werken.

Slotopmerking – Ik ben mij ervan bewust dat deze schets van een therapieprogramma een ideale situatie weerspiegelt en dat ik hoge verwachtingen aangeef ten aanzien van duidelijkheid, structuur en samenhang in de begeleiding van het proces dat zich bij de behandelaar en bij de patiënt afspeelt op de opnameafdeling. Iedere stap in de goede richting is daarbij een belangrijke stap.

De situatie op een opnameafdeling is in werkelijkheid gecompliceerder ten gunste van de vele acute, onverwachts plaatsvindende opnames, personeelsgebrek, gebrek aan continuïteit binnen de verschillende diensten, weinig motivatie van de patiënt, blijvende regressie, depressie of psychose, onderbreking van het behandelprogramma omdat een patiënt overgeplaatst wordt naar een meer gedifferentieerde afdeling etc. Desondanks biedt dit raamwerk een werkmethode die een onduidelijk chaotisch handelen, waarin geen behandellijn valt te bekennen, kan voorkomen.

Literatuur

- Anderson, C.M., G.E. Hogarty en J.R. Douglas (1980), Family treatment of adult schizophrenic patients: a psycho-educational approach. *Schizophrenia Bulletin* 6, 3, 490-505.
- Brown, G.W., en M.L. Rutter (1966), The measurement of family activities and relationships. *Human Relations* 19, 241-263.
- Cautela, J.R. (1984), General level of reinforcement. *J. Behavior Therapeutical & Experiential Psychiatry* 15, 2, 109-114.
- Ciampi, L. (1981), Wie können wir die Schizophrenen besser behandeln? Eine Synthese neuer Krankheits- und Therapiekonzepte. *Nervenarzt* 52, 506-515.
- Creer, C., E. Sturt en T. Wykes (1982), The role of relatives. In: J.K. Wing, *Long term community care: experience in a London borough*.
- Dingemans, P.M.A.J., en H. van Engeland (1984), De relatie tussen psychose-recidive en kwaliteit patiënt-sociaal milieu. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 26, 7, 472-491.
- D'Zurilla, Th.J., en M.R. Goldfried (1971), Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology* 78, 1, 107-126.
- Falloon, I.R.H., J.L. Boyd, Ch.W. McGill e.a. (1982), Family management in the prevention of exacerbations of schizophrenia. *The New England Journal of Medicine* 306, 24, 1437-1441.
- Goldstein, A.P., R.P. Sprafkin en W.J. Gershaw (1976), *Skill training for community living: applying structured learning therapy*. Pergamon Press, New York.

- Leff, J., L. Kuipers, R. Berkowitz e.a. (1982), A controlled trial of social intervention in the families of schizophrenic patients. *British Journal of Psychiatry* 141, 121-134.
- Lukoff, D., K. Snyder, J. Ventura en K.H. Nuechterlein (1984), Life events, familial stress, and coping in the development course of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 10, 2, 258-292.
- Mosher, L.R., en S.J. Keith (1980), Psychosocial treatment: individual, group, family, and community support approaches. *Schizophrenia Bulletin* 6, 1, 10-41.
- Platt, J.J., J. Siegel en G. Spivack (1975), Do psychiatric patients and normals see the same solutions as effective in solving interpersonal problems? *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 39, 148-151.
- Vaughn, C.E., en J.P. Leff (1976), The measurement of expressed emotion in the families of psychiatric patients. *British Journal of Social and Clinical Psychology* 15, 157-165.
- Vaughn, C.E., en J.P. Leff (1981), Patterns of emotional response in relatives of schizophrenic patients. *Schizophrenia Bulletin* 7, 1, 43-44.
- Wing, J.K., en R. Olsen (red.) (1979), *Community care for the mentally disabled*. Oxford University Press, Oxford.
- Wykes, T., C. Creer, en E. Stuart (1982), Needs and the development of services. In: J.K. Wing, *Long term community care: experience in a London borough*.

Bijlage 1: Pathologische en therapeutische milieu-invloeden

PATHOLOGISCH MILIEU (FAMILIE, ZIEKEN- HUIS)	PSYCHOPATHOLOGISCHE STORING BIJ DE PA- TIENT	OPTIMAAL THERAP. MILIEU
spanning, onrust, te veel stimuli	spanning, angst, produktief-psychotische symptomen	ontspanning, zekerheid, reductie van prik- kels
complex, onoverzichtelijk	derealisatie	eenvoudig, overzichtelijk
anonimiteit, te veel wisseling, grootschalige groep	verwarring	persoonlijk, weinig wisseling, kleine groep
labiliteit, discontinuïteit, onberekenbaar- heid, geen gerichte aandacht	labiliteit, inconsistente waarneming, ver- strooidheid	stabiliteit, continuïteit, zekerheid, gerichte aandacht
wantrouwen, intolerantie, onbegrip, onver- schilligheid, weinig engagement	teleurstelling, dysforie, affectieve vervlak- king, afweer	vertrouwen, acceptatie, warmte, ondersteu- ning, dialoog
symbiotisch-narcistisch, gebrekkige onder- scheiding in meningen, gevoelens	vage Ik-grenzen, overbeïnvloedbaar, geen conflictplossend vermogen, ontkenning	heldere grenzen, afbakening van personen, gedifferentieerd
irrationaliteit, vaag, onduidelijk, ambiguï- teit	irrationaliteit, vaag, onduidelijk, verwarring	rationaliteit, duidelijkheid, eenduidigheid
tegenstrijdige ge- en verboden, onmogelijke tegenstrijdige impliciete verwachting	ambivalentie, denk- en gevoelsstoornis, in- coherentie, wanen, hallucinaties	eenduidige ge- en verboden, realistisch, een- duidig-expliciet in verwachtingen
infantilisering, afhankelijkheid, gebrekkig verantwoordelijkheidsgevoel	regressie, infantilisme, afhankelijkheid, in- competentie	autonomie, Ik-versterkend, op verantwoor- delijkheid vertrouwend
rigiditeit, stereotiep rollen	starheid en rigiditeit, stereotiep gedrag	rol-flexibiliteit
stimuli-armoede, cognitieve en affectieve verarming	onverschilligheid, passiviteit, cogn. en affec- tieve vervlakking	veel cognitieve, affectieve stimulering, openheid