

Separeren: therapeuticum of noodmaatregel

Een literatuurstudie

door A. Tomaso en T. Kuipers

Samenvatting

In dit artikel wordt ingegaan op de vraag in hoeverre het gebruik van de separeerkamer als therapeutische interventie kan worden beschouwd. Hiertoe inventariseren de auteurs de literatuur omtrent de gebruikspatronen van het separeren. De consequenties hiervan voor de klinisch-psychiatrische praktijk worden besproken. Ook worden enkele suggesties voor nader onderzoek gedaan.

Inleiding

Evenals in de discussie rondom de toepassing van ECT is het moeilijk de therapeutische en morele aspecten van het gebruik van de separeerkamer van elkaar te onderscheiden. Om toch tot een rationele afweging te kunnen komen met betrekking tot het separeren in de klinisch-psychiatrische praktijk, achten wij het van belang om de in de literatuur beschikbare gegevens te inventariseren. Wij vragen ons daarbij af in hoeverre de separeerkamer als therapeutisch instrument kan worden beschouwd. Deze kwestie willen wij beantwoorden aan de hand van een aantal deelvragen:

1. Waarom wordt een patiënt gesepareerd? (motieven; patiëntenvariabele: het gedrag waarvoor een patiënt gesepareerd wordt)
2. Hoe vaak wordt er van de separeerkamer gebruik gemaakt? (incidentie)
3. Hoe lang verblijft een patiënt in de separeerkamer?
4. Welke patiënt wordt gesepareerd? (patiëntenvariabelen)
5. Is de methode van separeren effectief?

In de conclusie geven wij enkele suggesties voor een rationele hanteling van de separatie. Verder wijzen wij erop dat een aantal belangrijke aspecten van het separeren nog verder onderzocht dient te worden.

De door ons geraadpleegde literatuur is voornamelijk van Amerikaanse origine en hoofdzakelijk gepubliceerd in de periode tussen 1978 en 1986. Helaas zijn de in de tabel genoemde empirische studies soms moeilijk met elkaar te vergelijken. Dit is het gevolg van verschil-

Tabel: Gedrag waarvoor een patiënt geseparceerd wordt

Auteur(s)	Meeteenheid	Gedrag	Percentage
Wells 1972		gedrag (reden tot separatie) niet onderzocht	
Wadson en Carpenter 1976		gedrag (reden tot separatie) niet onderzocht	
Plutchik e.a. 1978	?	geagiteerd ongecontroleerd gedrag	21,1
		fysiek geweld jegens andere patiënten	15,3
		luidruchtigheid	9,7
Mattson en Sacks 1978	?	gedrag, storend voor het therapeutisch milieu	34,4
		daadwerkelijk geweld jegens anderen	25,1
		dreigend gewelddadig gedrag of schelden	7,7
Binder 1979	reden van separatie	agitatie	13
		gebrek aan coöperatie	12
		woede	10
Schwaben Lahmeyer 1979	reden van separatie	overstimulatie	28
		agitatie of acute opwinding	17
		slechte controle over de impulsen	15
Soloff en Turner 1981	episoden	fysiek geweld jegens stafleden	34,6
		escalerend oncontroleerbaar ongepast gedrag (preventieve maatregel)	24,3
		verbale bedreiging van stafleden	10,3
Tardiff 1981		gedrag (reden tot separatie) niet onderzocht	
Ramchandani e.a. 1981	?	geagiteerd luidruchtig gedrag en schreeuwen	54,3
		dreigend en daadwerkelijk geweld jegens stafleden en andere patiënten	41,3
Oldman e.a. 1983	episoden	escalatie van geagiteerd gedrag	38
		bedreiging van stafleden	18
		fysiek geweld jegens stafleden	16
Phillips en Nasr 1983	episoden	automutilatie, naakt lopen, schreeuwen, weigeren van behandeling e.d.	39
		agitatie, overstimulatie, weinig impulscontrole	31
		dreigend of daadwerkelijk geweld jegens anderen	30
Okin 1985	reden van separatie	redenen van separatie slechts onderscheiden naar dreigend en daadwerkelijk geweld bij 3 ziekenhuiscategorieën	
Russell e.a. 1986	episoden	gestoord en verstorend gedrag	51
		bedreiging van stafleden	29,5
		bedreiging van patiënten	16
		fysiek geweld jegens stafleden	16
Way 1986	reden van separatie	fysiek geweld jegens stafleden	29,9
		fysiek geweld jegens patiënten	21,4
		geagiteerd gedrag	16,3

* prospectieve studie

len in: methode van onderzoek; praktische uitvoering van het separeren; klinische setting; behandelingsfilosofie en patiëntenpopulatie (Soloff en Turner 1981, Soloff 1983, Soloff, Gutheil en Wexler 1985). Voorts handelen sommige van de in de tabel vermelde studies alleen over separatie. Anderen bestuderen daarnaast ook het gebruik van fixatiemiddelen (Tardiff 1981, Phillips en Nasr 1983, Okin 1985, Way 1986), psychofarmaca en hand-in-hand begeleiding (Tardiff 1981). Ondanks deze verschillen tussen de empirische studies is het, zoals uit het hiernavolgende zal blijken, mogelijk enkele belangrijke punten met betrekking tot de toepassing van separatie in een psychiatrische context aan de orde te stellen.

Motieven voor het separeren

Een belangrijk motief voor het gebruik van de separeerkamer is: het in bedwang houden van een patiënt die daadwerkelijk gewelddadig is of op grond van toenemend storend gedrag gewelddadig dreigt te worden. Het separeren is dan bedoeld als veiligheidsmaatregel voor zowel de patiënt als de overige personen op de afdeling. De patiënt wordt beschermd tegen lichamelijk letsel dat hij zichzelf zou kunnen toebrengen en tegen de schadelijke gevolgen, bij voorbeeld in de vorm van schuldgevoelens wegens kwetsuren door hem aan anderen toegebracht. De patiënt wordt op zo'n moment verondersteld geen controle meer over zichzelf en zijn impulsen te hebben. Hij heeft een tekort aan inwendige structuur. De uitwendige structuren die hem door andere therapeutische strategieën of contacten met stafleden en overige patiënten op de afdeling worden geboden, blijken onvoldoende te zijn om dit te compenseren (Gutheil 1978). Deze indicatie zou men kunnen definiëren als het beheersen dan wel voorkomen van een crisissituatie (Hodgkinson 1985).

Een tweede reden voor het separeren is de noodzaak tot reductie van emotionele en sensorische stimuli voor de patiënt. In het eerste geval wordt bedoeld dat de patiënt zeer kwetsbaar kan zijn voor de emotionele eisen die hem in relaties met anderen worden gesteld. In het tweede geval wordt verwezen naar de hyperaesthesie van de psychotische patiënt voor vele sensorische stimuli (Gutheil 1978).

Ook kan separeren gebruikt worden op grond van leertheoretische principes (APA Task Force 1985). Men denke dan aan een 'time-out' (Wexler 1982). Echter, vele auteurs zien separeren en 'time-out' als verschillende methoden van interventie (b.v. Hodgkinson 1985, Plutchik, Karasu, Conte, Siegel en Jerrett 1978). Daarom willen wij het begrip 'time-out' slechts in het kort behandelen. 'Time-out' is een effectieve manier om ongewenst gedrag af te leren. Alvorens het therapieprogramma te starten wordt bepaald welk gedrag men als niet gewenst zal zien. De patiënt wordt van tevoren ingelicht over het feit dat bij het vertonen van dit gedrag een 'time-out' zal volgen. 'Time-out' wordt

meestal uitgevoerd door de patiënt tijdelijk van het afdelingsgebeuren te isoleren. De interventie wordt beëindigd volgens vooraf gemaakte afspraken. Dikwijls streeft men na ook gewenst gedrag te definiëren. Dit kan dan beloofd of bekrachtigd worden (Hodgkinson 1985, Plutchik e.a. 1978).

Ten slotte kunnen patiënten op eigen verzoek worden gesepareerd (APA Task Force 1985). In de door ons geraadpleegde literatuur komt echter niet naar voren in hoeverre en waarom behandelaars op een dergelijke vraag ingaan.

Hoe vaak wordt er van de separeerkamer gebruik gemaakt? Incidentie

Onder incidentie wordt verstaan: het percentage patiënten dat gedurende een bepaalde periode één of meerdere malen gesepareerd wordt. De incidentie van de in de tabel genoemde studies varieert van 1,9 – (Tardiff 1981) tot 66 procent (Wadeson en Carpenter 1976). Een verklaring voor deze grote verscheidenheid kan gezocht worden in een aantal variabelen. Deze hebben betrekking op het ziekenhuis of op de patiënt. Ook is het mogelijk dat een interactie tussen deze beide groepen variabelen een rol speelt (Okin 1985).

Aan het ziekenhuis gerelateerde variabelen die in de literatuur genoemd worden zijn: de klinische setting, de behandelingsfilosofie (Soloff e.a. 1985) en het personeel (Soloff 1983). De invloed van de klinische setting blijkt bij voorbeeld uit een minder frequent gebruik van de separeerkamer op een kleine psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis (Wells 1972), voor particuliere patiënten (Oldham, Russakoff en Prusnofsky 1983, Mattson en Sacks 1978). Ook de behandelingsfilosofie kan een effect hebben op de incidentie. Want een verminderd gebruik van verbale methoden (Way 1986 citeert Whitman, Armao en Dent 1976), fixatiemiddelen (Way 1986) of psychofarmaca (Wadeson en Carpenter 1976) lijkt gepaard te gaan met een frequent toepassen van separatie. Een ander onderzoek (Davidson, Hemingway en Wysocki 1984) geeft echter aan dat een verminderd gebruik van het ene restrictieve middel niet automatisch leidt tot een vergroot gebruik van een andere beperkende methode. (Onder restrictief middel werd in deze studie verstaan: medicatie, separatie of fixatie).

Het personeel als ziekenhuisvariabele kan men onderscheiden naar: het aantal werknemers, de kwaliteit van hun arbeid, wisselingen in het personeelsbestand en de interactie tussen de stafleden. Een hogere incidentie wordt in enige studies gecorreleerd aan momenten dat er veel personeelsleden op de afdeling zijn (Plutchik e.a. 1978, Way 1986, Soloff en Turner 1981); anderen zien dit gerelateerd aan tijdstippen dat er weinig stafleden zijn (Russell, Hodgkinson en Hillis 1986). Sommigen beschrijven een hoge incidentie op momenten dat de personeelsleden wel aanwezig zijn, maar niet ter beschikking staan van de patiënten; bij voorbeeld tijdens de lunch van de staf (Russell e.a.

1986) of tijdens stafbesprekingen (Oldham e.a. 1983). Aan de ene kant lijkt de kwaliteit van de geleverde arbeid, uitgedrukt in ervaring in de psychiatrie bij verpleging (Schwab en Lahmeijer 1979) en bij psychiatrieassistenten (Wells 1972) de incidentie niet te beïnvloeden. Aan de andere kant wijten sommigen (Russell e.a. 1986) momenten van een hogere incidentie aan een minder ervaren verpleging en een groot verloop in het verpleegbestand. Wat de betrekkingen tussen de personeelsleden onderling betreft, wordt beschreven dat conflicten tussen stafleden de incidentie van het separeren aanzienlijk kunnen doen verhogen (Erickson en Realmuto 1983).

Variabelen gerelateerd aan de patiënt zijn achtereenvolgens: leeftijd, sekse, ras, vrijwillige danwel onvrijwillige opname, aantal vorige opnames, opnameduur, diagnose en het gedrag waarvoor een patiënt gesepareerd wordt. Leeftijd, wettelijke status, opnameduur en diagnose zijn, zoals we verderop in dit artikel nader zullen toelichten, mogelijk factoren die de incidentie beïnvloeden. In tegenstelling hiermee komt uit het onderzoek van Okin (1985) naar voren dat slechts één van de patiënt variabelen, namelijk het gedrag van de patiënt, van invloed is op de incidentie. Okin maakte hierbij onderscheid tussen dreigend en daadwerkelijk gewelddadig gedrag. In klinieken waar men separatie en fixatie relatief weinig toepaste werd in het merendeel van de gevallen daadwerkelijk geweld als reden voor deze interventies genoemd. In ziekenhuizen waar men vaak van deze maatregelen gebruik maakte was dreigend gewelddadig gedrag de voornaamste reden hier toe. Om dit alles te verklaren geeft de auteur enkele hypothesen. Misschien wordt gelijksoortig afwijkend gedrag van de patiënt door stafleden van het ene ziekenhuis vaker als bedreigend ervaren dan door personeelsleden van een ander ziekenhuis. Het is ook mogelijk dat bepaalde klinieken het gedrag van hun patiënten zodanig beïnvloeden dat er inderdaad meer dreigend en daadwerkelijk gewelddadig gedrag optreedt.

Het is dus maar de vraag of de patiëntenvariabelen de tussen de studies bestaande grote verscheidenheid in incidentiecijfers kunnen verklaren. Het is waarschijnlijker dat ziekenhuisvariabelen of een interactie tussen patiënten- en ziekenhuisvariabelen deze verschillen bepalen.

Hoe lang verblijft een patiënt in de separeerkamer?

Er is tussen de verscheidene studies niet alleen een grote variatie in de incidentie van separeren; ook zijn er aanzienlijke verschillen in de tijdsduur die een patiënt per separeerepisode in een isoleercel doorbrengt. De gemiddelde tijdsduur varieert van 1,42 – (Russell e.a. 1986) tot 15,7 uur (Binder 1979), met een minimum van 5 minuten (Russell e.a. 1986) en een maximum van 120 uur (Soloff en Turner 1981, Wells 1972).

Soloff en Turner (1981) hebben geen significante relaties gevonden tussen de duur van een separeerepisode en de volgende patiëntenvariabelen: leeftijd, sekse, ras, aantal vorige opnames, wettelijke status en diagnose. Zij stellen bovendien dat de tijdsduur niet gerelateerd is aan de reden van separatie van een patiënt. Dit laatste is in overeenstemming met de resultaten van een andere studie (Way 1986).

Ziekenhuisvariabelen lijken wel een belangrijke invloed te hebben op de duur van separeren. Dit wordt geïllustreerd aan de hand van de gegevens van een kliniek, waar binnen 2¹/₂ jaar de separeertijd afnam van 21,9 naar 4,6 uur en het aantal per maand gesepareerde patiënten van 28 naar 10. Dit was het gevolg van een drietal factoren. Allereerst was het bestuur van het ziekenhuis ervan overtuigd dat met behulp van de steun die het de personeelsleden zou geven een reductie in de mate van gebruik van de separeerkamer mogelijk was. Ten tweede gaven de stafleden meer aandacht aan de patiënt die na het verlaten van de separeerkamer weer aan het afdelingsmilieu moet wennen. En ten derde werden de bewakers op de afdeling meer bij de behandeling van de patiënten betrokken. Tot dan toe werden zij door de overige stafleden gezien als 'onvolwaardige' personeelsleden, niet behorend tot het behandelingsteam. Terzijde dient vermeld te worden dat de aanwezigheid van deze bewakers voortkwam uit een tekort aan verplegend personeel (Greenblatt 1955). Men heeft in deze studie dus niet te maken met een forensisch-psychiatrische setting.

Het is ook mogelijk dat wettelijke restricties de enorme verscheidenheid in de duur van een separeerepisode beïnvloeden. Immers, de maximum toegestane tijden variëren in de Verenigde Staten van 1 tot 24 uur (Soloff e.a. 1985 citeren Tardiff en Mattson 1984).

Ook stellen vele auteurs (Plutchik e.a. 1978, Ramchandani Akhtar en Helfrich 1981, Oldham e.a. 1983, Russell e.a. 1986) dat langdurige separeerepisoden met name 's nachts plaatsvinden; de patiënt valt in slaap en wordt met rust gelaten totdat hij wakker wordt.

Welke patiënt wordt gesepareerd?; de patiëntenvariabelen

In het voorafgaande hebben we uiteengezet dat de patiëntenvariabelen de grote variatie in de mate van gebruik van de separeerkamer niet of slechts ten dele kunnen verklaren. Toch is het niet uitgesloten dat een vijftal patiëntenvariabelen samenhangen met een verhoogd risico op separatie. Deze zijn: leeftijd, wettelijke status, opnameduur, diagnose en het gedrag waarvoor een patiënt gesepareerd wordt.

In de meeste studies (Plutchik e.a. 1978, Russell e.a. 1986, Oldham e.a. 1983, Schwab en Lahmeyer 1979, Tardiff 1981) wordt met name de jonge patiënt, in de leeftijdscategorie van 20 tot 35 jaar, gesepareerd. Er zijn echter ook onderzoeken (Ramchandani e.a. 1981, Phillips en Nasr 1983) waarin geen verschil in leeftijd wordt gevonden tussen de groep gesepareerde patiënten en de controlegroep.

Soloff e.a. (1985) beschrijven een lagere incidentie in klinieken waar patiënten uitsluitend op vrijwillige basis behandeld worden (bij voorbeeld Mattson en Sacks 1978). Van de onderzoeken waarin zowel vrijwillig als onvrijwillig opgenomen patiënten werden bestudeerd, geven enkelen (Ramchandani e.a. 1981, Oldham e.a. 1983, Soloff en Turner 1981) aan dat onvrijwillig opgenomen patiënten vaker worden gesepareerd. In één onderzoek (Phillips en Nasr 1983) wordt geen verschil tussen deze twee groepen geconstateerd.

Verder merken Soloff e.a. (1985) op dat in ziekenhuizen voor zeer langdurig opgenomen patiënten weinig van de separeerkamer gebruik wordt gemaakt (b.v. Tardiff 1981, Way 1986). In acute klinische settings is de opnameduur van gesepareerde patiënten langer dan die van niet gesepareerde patiënten. Bij de eerste groep varieert deze van gemiddeld 24,4 tot 58 dagen: bij de tweede groep van 12 tot 38 dagen (Plutchik e.a. 1978, Mattson en Sacks 1978, Schwab en Lahmeijer 1979, Ramchandani e.a. 1981). Slechts in één studie (Oldham e.a. 1983) kan geen verschil tussen beide groeperingen worden aangetoond.

Uit vele studies (Plutchik e.a. 1978, Mattson en Sacks 1978, Oldham e.a. 1983, Wells 1972) komt naar voren dat in een acute klinische setting met name de schizofrene, psychotische en manische patiënt gesepareerd wordt. In een kliniek voor hoofdzakelijk chronische patiënten werd vooral de oligofrene patiënt gesepareerd (Tardiff 1981). Er zijn ook studies waarin geen correlatie wordt gevonden tussen de incidentie van separeren en verschillende diagnostische groepen (Soloff en Turner 1981, Schmied en Ernst 1983). Hodgkinson (1985) en Schmied en Ernst (1983) geven aan dat in studies waarin wel een relatie wordt aangetoond niet gecontroleerd is voor het onevenredig grote aantal schizofrene patiënten en de verschillen in opnameduur van de diverse diagnostische groepen.

Het is mogelijk dat een aantal patiëntenvariabelen, bijvoorbeeld de leeftijd en diagnose van de patiënt (Ramchandani e.a. 1981), met elkaar verband houden. Er is echter geen significante relatie aangetoond tussen het gedrag waarvoor een patiënt gesepareerd wordt aan de ene kant, en de leeftijd, sekse, ras, wettelijke status en diagnose aan de andere kant (Soloff en Turner 1981, Phillips en Nasr 1983). In het onderzoek van Soloff en Turner (1981) wordt de patiënt die reeds twee of meerdere opnames heeft doorgemaakt significant vaker gesepareerd. Patiënten die één of meerdere malen tevoren zijn opgenomen, zijn in deze studie bovendien verantwoordelijk voor het overgrote deel van separeerepisoden wegens gewelddadig gedrag. Echter Schwab en Lahmeyer (1979) vinden geen verschil in het aantal tevoren doorgemaakte opnames tussen de wel en niet gesepareerde patiënten.

Bij de interpretatie van de onderzoeksgegevens doen zich een aantal problemen voor die het inzicht in de daadwerkelijke reden van separatie van een patiënt bemoeilijken. Als eerste punt kan worden genoemd de meting en definiëring van geweld. Op één studie (Tardiff 1981) na,

wordt in geen van de in de tabel genoemde studies vermeld dat men geweld of de voorstadia hiervan heeft proberen te objectiveren. Een tweede probleem komt voort uit de retro — danwel prospectieve aard van het onderzoek. In 2 van de 3 in de tabel vermelde prospectieve studies is een vorm van geweld de belangrijkste reden van separatie (Soloff en Turner 1981, Way 1986). De overige onderzoeken hanteren een retrospectieve methodologie. In deze studies is een niet-gewelddadig gedrag de voornaamste grond van separatie. Een prospectief onderzoek kan dus de manier waarop stafleden met separatie omgaan beïnvloeden (Soloff e.a. 1985). Ook is het niet uitgesloten dat het aantal geregistreerde gewelddadigheden in de bij een retrospectief onderzoek gebruikte rapporten ver onder het aantal daadwerkelijke incidenten van geweld ligt (Soloff 1983 citeert Lion 1981).

Min of meer voorbijgaand aan de bovengenoemde problematiek zien Soloff e.a. (1985) een 'geagiteerd', 'ongecontroleerd' en voor het therapeutisch milieu 'storend' gedrag als voornaamste reden van separatie (zie tabel). Blijkbaar wordt de patiënt niet alleen ten behoeve van zichzelf maar ook in het belang van de afdeling en/of het behandelklimaat gesepareerd.

Waarschijnlijk zijn een aantal ziekenhuisvariabelen van belang bij de bepaling van het indicatiegebied. Zo menen Soloff e.a. (1985) dat een gespannen sfeer op een afdeling het aantal separeerepisoden en het indicatiegebied doet vergroten. Verder wordt aangenomen dat de manier waarop stafleden met psychotici omgaan een belangrijke factor is in de beslissing of de separeerkamer wel of niet gebruikt zal worden (Mattson en Sacks 1978). Ook wordt benadrukt dat gewelddadig of gestoord gedrag van de patiënt bij stafleden gevoelens van onmacht, boosheid en angst kan veroorzaken. Dit kan dan het gevaar van acting-out inhouden, bijvoorbeeld in de vorm van separatie van de geïdentificeerde agressor (Hodgkinson 1985).

Van de aan het begin van dit artikel genoemde 'motieven voor het separeren' lijkt slecht de eerste, het beheersen danwel voorkomen van een crisissituatie, in de praktijk veelvuldig gebruikt te worden. Immers vele auteurs gaan ervan uit dat een 'geagiteerd', 'ongecontroleerd' en voor het therapeutisch milieu 'storend' gedrag een voorstadium is van geweld. Men beschouwt het separeren dan als een preventieve maatregel. Helaas nemen de auteurs niet de moeite deze hypothese te staven. Wanneer de patiënt gewelddadig gedrag vertoont wordt het separeren opgevat als het ander controle krijgen van een nootdoodstand. (Oldham e.a. 1983, Soloff en Turner 1981, Soloff e.a. 1985.) Min of meer in overeenstemming met het bovenstaande zien velen het gebruik van de separeerkamer als de laatste en blijkbaar meest restrictieve mogelijkheid van interventie (Mattson en Sacks 1978, Phillips en Nasr 1983, Wells 1972). Anderen beschouwen het aanwenden van fixatiemiddelen of het onder dwang toedienen van psychofarmaca als de meest beperkende methoden (Wexler 1982 citeert Dix; Schmied en Ernst 1983).

De meeste van de in de tabel genoemde studies zijn van Amerikaanse origine. De nadrukkelijkheid waarmee de studies de eerste grond van separeren onderschrijven, komt mogelijk voort uit de angst de Amerikaanse wetten die het gebruik van de separeerkamer regelen te overtreden (Grassian en Friedman 1986). Hoewel niet alle Amerikaanse Staten het gebruik van de separeerkamer wettelijk hebben vastgelegd (A.P.A. Task Force 1985), wordt in de meeste staten het toepassen van separatie slechts toegestaan in geval van een crisissituatie (Appelbaum 1983). Het gebruik van de isoleercel in gevallen waarin niet duidelijk van een noodtoestand kon worden gesproken, heeft reeds vele psychiaters voor de rechtbank doen verschijnen (Gutheil 1980, Soloff e.a. 1985, Wexler 1982). Kortom, niet alleen ziekenhuisvariabelen maar ook wettelijke restricties bepalen het indicatiegebied.

Is de methode van separeren effectief?

Mattson en Sacks (1978) zien de separeerkamer slechts als een ruimte waar de patiënt intensief behandeld kan worden. Daarentegen beschouwen de meeste auteurs (Soloff en Turner 1981, Oldham e.a. 1983, Soloff e.a. 1985) het toepassen van separatie, in geval van een crisissituatie, als het aanwenden van een therapeuticum; het separeren zelf zou dan therapeutisch effect hebben. Slechts weinigen gaan na of deze laatste bewering gestaafd kan worden. Een uitzondering hierop vormt de studie van Campbell, Sthepherd en Falconer (1982). Hierin werd het gedrag van de patiënt voor, tijdens en na een separeerepisode bestudeerd. Het aantal gesepareerde patiënten en separeerepisoden was echter te klein om significante relaties op te sporen. Ook zeer weinig onderzocht is het effect van separatie op het therapeutisch milieu. Mattson en Sacks (1978) geven aan dat een verstoorde sfeer op een afdeling niet geheel herstelt als men de hiervoor verantwoordelijk geachte patiënt naar de separeerkamer heeft gebracht. De overige patiënten blijven zich zorgen maken over de gesepareerde patiënt. Angst om ook de macht over zichzelf te verliezen en vrees dat de staf dit niet kon voorkomen, zijn belangrijke thema's die de patiënten op een afdeling bezighouden als een van hen gesepareerd wordt.

Reeds eerder kwam ter sprake dat waarschijnlijk ten gevolge van de in Amerika geldende wettelijke restricties alle aandacht uitgaat naar het separeren in geval van een noodtoestand. Hierdoor is er in de literatuur die handelt over het gebruik van de separeerkamer weinig interesse voor de andere motiveringen, waaronder het toepassen van separatie bij 'overstimulatie' van de (psychotische) patiënt. Echter juist van de studies die zich richten op de effecten van een reductie van sensore prikkels mag men een antwoord verwachten op de vraag of separatie therapeutisch effect heeft (Grassian en Friedman 1986).

Conclusie

Er zijn vier redenen om een patiënt te separeren. Allereerst kan men separeren zien als een methode om een noodtoestand te beheersen danwel te voorkomen. Meestal spreekt men van een dergelijke situatie als een patiënt dreigend gevaarlijk is of daadwerkelijk gevaarlijk gedrag vertoont. Een tweede reden voor separeren is de noodzaak tot reductie van emotionele en sensore stimuli voor de patiënt. Ten derde kan de separatie plaatsvinden op grond van leertheoretische principes (b.v. time-out procedures). Ten slotte kan men separeren op verzoek van de patiënt zelf.

In de praktijk zoals deze in de literatuur naar voren komt, separeert men voornamelijk om de eerstgenoemde reden. Het gewicht dat vele onderzoekers deze indicatie toekennen hangt sterk samen met de voortdurende confrontatie met wettelijke bepalingen en reglementen (externe criteria), volgens welke separatie in het algemeen alleen is toegestaan in het geval van een crisissituatie.

Er is tussen de verschillende studies een grote variatie in de mate waarin van de separeerkamer gebruik gemaakt wordt. Dit blijkt uit de grote verscheidenheid in incidentiecijfers en in de beschreven duur van separeerepisodes. De verklaring hiervoor kan worden gezocht in variabelen, die betrekking hebben op de patiënt of op het ziekenhuis. De incidentie en de duur blijken met name beïnvloed te worden door de zogenaamde ziekenhuisvariabelen. De incidentie en de duur lijken afhankelijk te zijn van de manier waarop men in een bepaalde psychiatrische setting gewend is met de separeermaatregel om te gaan. Mogelijk kan men deze manier dan het beste beschouwen als een resultante van de interactie tussen ziekenhuis- en patiëntenvariabelen, waarbij het grootste gewicht moet worden toegekend aan de eerstgenoemde factoren.

Als we na lezing van de literatuur nogmaals de vraag stellen of de separeerkamer een therapeuticum is, dan is ons inziens een antwoord nog steeds niet mogelijk. We noemen enkele redenen hiervoor. Effectstudies uitgaande van een psychiatrische probleemstelling zijn nauwelijks voorhanden en bovendien niet goed haalbaar in verband met de genoemde externe toetsingscriteria voor het toepassen van de separeermaatregel. Het is daarnaast in de literatuur niet altijd duidelijk wat men onder een psychiatrische behandeling verstaat. Men kan behandeling ruim opvatten namelijk als het behandelbeleid of management van de afdeling met alle regels en afspraken die daarbij horen, dan is de separeermaatregel altijd effectief. In dat geval is de separatie niet meer goed los van de overige factoren te bestuderen of te beoordelen. Wanneer men daarentegen medisch denkt en vraagt of de separeermaatregel een heilzaam effect heeft bij één of andere pathologische toestand van een patiënt (b.v. emotionele en sensore overstimulatie van psychotische patiënten) dan levert de literatuur, op enkele

uitzonderingen na (Harris 1959, Suedfeld en Roy 1975), te weinig op. Het effect kan aangetoond noch uitgesloten worden.

Uit dit geheel resulteren naar onze mening twee lessen:

1. Alleen verder onderzoek kan een antwoord geven op de vraag of bij een bepaalde categorie patiënten de separeermaatregel een nuttig of heilzaam effect heeft. Wij denken hierbij aan casuïstische studies van patiënten, van wie op grond van ervaring en literatuurgegevens te vermoeden is, dat ze baat hebben bij één of andere vorm van separatie. Ook valt te denken aan de verdere bestudering van de predictoren van daadwerkelijk geweld (Selby 1984, Van Marle 1986) en van het meer systeemgeëoriënteerde onderzoek van de afdeling of het ziekenhuis als geheel (Friis 1986a,b). Dit laatste kan erg belangrijk zijn om de betekenis van restrictieve maatregelen voor de gehele afdeling beter te begrijpen.

2. De genoemde externe criteria, dat wil zeggen de wettelijke voorschriften en richtlijnen (Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1984), en de zeer uiteenlopende vaak moreel getinte standpunten ten aanzien van het separeren van psychiatrische patiënten, krijgen veel aandacht in de literatuur en in de media. Het zijn daarnaast de interne criteria, dat wil zeggen de richtlijnen die voortvloeien uit vakbekwaamheid en inzicht (of uit het gebrek daaraan) die erg belangrijk zijn. Deze criteria immers spelen een rol bij de eerste stappen die in de klinische praktijk gezet worden om een bepaalde patiënt te separeren van het afdelingsgebeuren. Het zijn immers vooral de behandelende verpleegkundigen en artsen die de actuele situatie beoordelen en besluiten tot deze ingrijpende maatregel. De literatuur laat zien dat de behandelende en verzorgende disciplines zich niet of nauwelijks uitspreken over de vraag wanneer de separeerkamer gebruikt moet worden of wanneer niet. Zo blijft dit onderwerp in de sfeer van de potentiële wetsovertreding hangen. Vele psychiaters en onderzoekers zullen hun vingers niet willen branden aan een verdere evaluatie van deze overigens alledaagse behandelpraktijk. Wij menen dat hoe scherp de toetsing van de maatregel ook geregeld is, bij deze stand van zaken een meer deskundige toepassing van restrictieve maatregelen zich niet goed kan ontwikkelen.

Voorts menen we dat het ontwikkelen en formuleren van een mening hieromtrent door de mensen die de separeermaatregel nemen erg belangrijk is om een rationele discussie over dit moeilijke onderwerp in stand te houden.

Literatuur

- A.P.A. Task Force (1985), Issues guidelines for use of seclusion and restraint in inpatient settings. *Hospital and Community Psychiatry*, 36, 677-679.
- Appelbaum, P.S. (1983), Legal considerations in the prevention and treatment of assault. In: J.R. Lion en W.H. Reid (red.), *Assaults within psychiatric fa-*

- cilities. Grune & Stratton, New York, p. 173-190.
- Binder, R.L. (1979), The use of seclusion on an inpatient crisis intervention unit. *Hospital and Community Psychiatry*, 30, 266-269.
- Campbell, W., H. Shepherd en F. Falconer (1982), The use of seclusion. *Nursing Times*, 78, 1821-1825.
- Davidson, N.A., M.J. Hemingway en T. Wysocki (1984), Reducing the use of restrictive procedures in a residential facility. *Hospital and Community Psychiatry*, 2, 164-167.
- Erickson, W.D., en G. Realmuto (1983), Frequency of seclusion in an adolescent psychiatric unit. *Journal of Clinical Psychiatry*, 44, 238-241.
- Friis, S. (1986a), Measurements of the perceived ward milieu: a reevaluation of the Ward Atmosphere Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 73, 589-599.
- Friis, S. (1986b), Factors influencing the ward atmosphere. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 73, 600-606.
- Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid (1984), *Referentiekader, middelen en maatregelen in psychiatrische ziekenhuizen*.
- Grassian, S., en N. Friedman (1986), Effects of sensory deprivation in psychiatric en seclusion and solitary confinement. *International Journal of Law and Psychiatry*, 8, 49-65.
- Greenblatt, M. (1955), Eliminating major evils. In: M. Greenblatt, R.H. York en E.L. Brown (red.), *From custodial to therapeutic patient care in mental hospitals*, Russell Sage Foundation, New York, p. 55-84.
- Gutheil, T.G. (1978), Observations on the theoretical bases for seclusion of the psychiatric inpatient. *American Journal of Psychiatry*, 135, 325-328.
- Gutheil, T.G. (1980), Restraint versus treatment: seclusion as discussed in the Boston State Hospital case. *American Journal of Psychiatry*, 137, 718-719.
- Harris, A. (1959), Sensory deprivation and schizophrenia. *Journal of Mental Sciences*, 105, 235-237.
- Hodgkinson, P. (1985), The use of seclusion. *Medicine, Science and the Law*, 25, 215-222.
- Marle van, H.C.J. (1986), Het voorspellen van gevaarlijk gedrag. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 28, 1-9.
- Mattson, M.R., en M.H. Sacks (1978), Seclusion: uses and complications. *American Journal of Psychiatry*, 135, 1210-1213.
- Okin, R.L. (1985), Variation among state hospitals in use of seclusion and restraint. *Hospital and Community Psychiatry*, 36, 648-652.
- Oldham, J.M., L.M. Russakoff en L. Prusnoffsky (1983), Seclusion: patterns and milieu. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 171, 645-650.
- Phillips, P., en S.J. Nasr (1983), Seclusion and restraint and prediction of violence. *American Journal of Psychiatry*, 140, 229-232.
- Plutchik, R., T.B. Karasu, H.R. Conte, B. Siegel en I. Jerrett (1978), Toward a rationale for the seclusion process. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 166, 571-579.
- Ramchandani, D., S. Akhtar en J. Helfrich (1981), Seclusion of psychiatric inpatients: a general hospital perspective. *International Journal of Social Psychiatry*, 27, 309-315.
- Russell, D., P. Hodgkinson en T. Hillis (1986), Time out. *Nursing Times*, 82, 47-49.
- Schmied, K., en K. Ernst (1983), Isolierung und Zwangsinjektion im Urteil der betroffenen Patienten und des Pflegepersonals. Eine begleitete Quantals-

- stichprobe. *Archives of Psychiatry and Neurological Sciences*, 233, 211-222.
- Schwab, P.J., en C.B. Lahmeyer (1979), The uses of seclusion on a general hospital psychiatric unit. *Journal of Clinical Psychiatry*, 40, 22-231.
- Selby, M.J. (1984), Assessment of violence potential using measures of anger, hostility, and social desirability. *Journal of Personality Assessment*, 48, 531-544.
- Soloff, P.H. (1983), Seclusion and restraint. In: J.R. Lion en W.H. Reid (red.), *Assaults within psychiatric facilities*. Grune & Stratton, New York, p. 241-264.
- Soloff, P.H., T.G. Gutheil en D.B. Wexler (1985), Seclusion and restraint in 1985: a review and update. *Hospital and Community Psychiatry*, 36, 652-657.
- Soloff, P.H., en S.M. Turner (1981), Patterns of seclusion: a prospective study. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 169, 37-44.
- Suedfeld, P., en C. Roy (1975), Using social isolation to change the behaviour of disruptive inmates. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 19, 90-99.
- Tardiff, K. (1981), Emergency control measures for psychiatric inpatients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 169, 614-618.
- Wadson, H., en W.T. Carpenter (1976), Impact of the seclusion room experience. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 163, 318-328.
- Way, B.B. (1986), The use of restraint and seclusion in New York State Psychiatric Centers. *International Journal of Law and Psychiatry*, 8, 383-393.
- Wells, D.A. (1972), The use of seclusion on a university hospital psychiatric floor. *Archives of General Psychiatry*, 26, 410-413.
- Wexler, D.B. (1982), Seclusion and restraint: lessons from law, psychiatry and psychology. *International Journal of Law and Psychiatry*, 5, 285-294.

Schrijvers zijn respectievelijk medisch studente, en universitair docent en psychiater, verbonden aan de Vrije Universiteit te Amsterdam. Correspondentie-adres: T. Kuipers, Valeriuskliniek, Valeriusplein 9, 1075 BG Amsterdam.

Het artikel werd geaccepteerd voor publikatie op 31-8-'87.