

Territoriale aspecten van de manie

door T. Kuipers

Samenvatting

Manisch gedrag overschrijdt de sociaal geaccepteerde grenzen van het 'mijn en dijn' en is daarom als een variant van territoriaal gedrag te beschrijven. In het artikel wordt aan de hand van enkele patiënt-vignetten getoond dat de manicus enerzijds impo-
neergedrag vertoont, maar tegelijkertijd blootstaat aan het gevaar van de uitstoting uit de leefgroep. Deze kenmerken hebben gevolgen voor de behandeling, die in de vakliteratuur ernstig onderbelicht zijn.

1. DE KLINIEK

Inleiding

In een pretentieus, recent verschenen handboek over bipolaire stoornissen van Goodwin en Jamison (1990) wordt in het gedeelte over de behandeling van de manie (150 pagina's) niet meer dan een halve pagina aan de principes van de klinische behandeling gewijd, terwijl de lithiumtherapie meer dan honderd pagina's beslaat. Dit is één van de vele voorbeelden die erop wijzen dat er een scheve verhouding is ontstaan tussen de farmacologische benaderingen van ernstige psychopathologie en de beleidspsychiatrische optieken. Dit is betreurenswaardig en tevens de reden waarom dit artikel is geschreven.

In dit artikel wordt aandacht besteed aan de problemen die in de directe omgeving van de manische patiënt ontstaan. De aard hiervan kan ons iets leren over de manier waarop men het beste met het manisch gedrag kan omgaan.

Als men zich bezighoudt met de beschrijving en behandeling van een ziekelijke toestand, is het interessant om te weten hoe het een patiënt vergaat die een adequaat geachte behandeling niet krijgt. De manie heeft, enkele uitzonderingen daargelaten, een self-limiting karakter. De manie gaat in de regel vanzelf over in 3 tot 9 maanden. Er zijn daarnaast

ernstig recidiverende manicën die overigens ook nauwelijks op farmacotherapie met lithium reageren (Harrow e.a. 1990).

Waarom is het dan toch nog nodig om zoveel energie te steken in het bekorten van de ziekteperiode? Waarom kun je de patiënt niet gewoon laten uitrazen op een veilige plek zoals enkele auteurs propageren (Mitterauer en Pritz 1981)?

Dat heeft vooral te maken met de schadelijke effecten die het manische gedrag heeft op de positie van de patiënt in zijn sociale systeem. Hij beschadigt in de manie, veelal ongewild, de relaties met anderen en richt vaak, niet te vergeten, materiële schade aan.

Er is nogal wat literatuur voorhanden waarin psychodynamische begrippen gehanteerd worden om de interpersoonlijke gebeurtenissen (bij affectieve stoornissen) te verklaren. Ook is er in deze literatuur een onbedwingbare neiging te bespeuren om persoonlijkheidstrekken (post hoc) in verband te brengen met het hebben van een manische stoornis (Hirschfeld e.a. 1986; Janzarik 1988; Kröber 1988).

Deze manier van beschrijven en verklaren voldoet in beperkte mate omdat men er in deze denkwijze van uitgaat dat gedrag door driften, gevoelens en overwegingen van een individu wordt veroorzaakt. De niet-persoonlijke kanten van de patiënt en zijn/haar omgeving krijgen in deze zienswijze weinig aandacht. Wanneer het gaat om behandeling, om interventies, dan ligt het voor de hand om met deze wat meer tastbare aspecten rekening te houden.

Nu is het juist in het geval van de manie erg verleidelijk om te denken dat alles bij de impulsen van het individu begint, want de manicus trekt zich, naar het schijnt, niets van anderen aan en doet alleen dat wat hem/haar van binnenuit, vanuit het Es, zonder tussenkomst van het superego, laat staan van invloeden van derden, ingegeven wordt.

Dat is maar schijn. Juist bij psychotische stoornissen kan het Es beschouwd worden als een collectief onbewuste, een gevoelslaag waarop de verschillende individuen elkaar zonder reflectie en tussenkomst aanvoelen en aanzetten tot handelingen. Er is de laatste jaren een toenemend aantal publikaties verschenen waarin duidelijk wordt gemaakt dat juist de sterke affecten voor een groot deel uit handelingen (acties) in een context bestaan.

Aangezien de omgang met psychiatrische patiënten en casu quo de behandeling zich voornamelijk afspeelt op het terrein van de interpersoonlijke acties, is het vanzelfsprekend dat de psychiater niet alleen bezig is met datgene waarvan hij aanneemt dat het omgaat in de geest of in het brein van de patiënt, maar zich minstens zoveel rekenschap geeft van de eigenaardigheden op het interindividuele vlak.

Welnu, het onderscheiden van territoriale aspecten is een manier om de aard en uitwerking van manisch gedrag beter te beschrijven.

Dit artikel bestaat uit twee delen en behandelt achtereenvolgens een drietal vragen:

1. Wat verstaan we onder manisch gedrag?
2. Wat houdt het territoriale gezichtspunt in?
3. Wat is het nut van dit gezichtspunt voor de behandeling (deel II)?

Wat verstaan we onder manisch gedrag?

Tabel 1: Frequentie van symptomen van de manie

Symptoom	% patiënten met symptoom
hyperactiviteit	100
woordenvloed	100
imponerend	100
prikkelbaar	100
euforie	90
labiel affect	90
hyperseksualiteit	80
verhoogd associatief	75
wanen	75
afleidbaar	70
depressief	55
hallucinaties	40

Vertaald uit: Carlson en Goodwin (1973)

Uit tabel 1 is af te leiden dat de meest op de voorgrond staande symptomen van de manie een sterk handelingskarakter hebben en bovendien onder de noemer van 'overrompelend voor de ander(en)' zijn te plaatsen. Studies van de laatste jaren (met behulp van self-rating instrumenten) hebben aangetoond dat het hedonistische element (de euforie) een minder prominente plaats in het manisch beeld inneemt dan uit tabel 1 blijkt (Bauer e.a. 1991). Het manische gedrag kenmerkt zich vooral door een verhoogd niveau van activiteit en door de neiging de persoonlijke grenzen van de ander te overschrijden. Elders betoogde de auteur dat men een verschil kan waarnemen in de territoriale problematiek van manische, paranoïde en psychotisch-gedesintegreerde patiënten. De paranoïd-psychotische patiënt beleeft het gedrag van de anderen als te intrusief; hun territorium is te groot en dat van hem te klein. Bij de gedesintegreerde patiënt werd beschreven dat de structuur (= de verhouding en de ordening van de objecten die het territorium vormen) is verloren gegaan, zodat omvang en begrenzing geen betekenis meer hebben. Deze varianten sluiten niet aan bij de ver doorgevoerde differentiatie, die in de diagnostische classificatiesystemen wordt aangetroffen, maar ze zijn veel beter te extrapoleren naar strategieën van bejegening (Kuipers 1992).

Uit een clusteranalyse van Double (1991) blijkt dat de symptomen in

vier samenstellingen voorkomen. In tabel 2 is te zien dat er naast een cluster hypomanie twee belangrijke samenstellingen zijn, namelijk de 'euforie en woordenvloed', en daarnaast de 'motorische ontremming en agressie'. Tevens is er een kleine groep van patiënten met verwardheid in combinatie met een full-blown manisch beeld. Bij de patiënten die te plaatsen zijn in cluster twee is de verbale interactie bemoeilijkt omdat het affect niet meer afgestemd is op de omgeving en de patiënt zodoende bijna geen dialoog meer kan aangaan. Hij vervalt in een monoloog en is ook niet goed meer in staat om selectief en nauwkeurig aandacht te geven of iets te doen in het belang van een ander individu. De patiënten uit cluster drie vertonen agressief-imponerend gedrag en bij hen is de zorgvuldige toenadering geheel afwezig.

Tabel 2: Clusteranalyse van manische toestanden. D.B. Double (1991)

cluster 1	(N = 31)	-- hypomanie
cluster 2	(N = 29)	-- euforie + woordenvloed
cluster 3	(N = 3)	-- psychotische manie
cluster 4	(N = 18)	-- motorische ontremming + agressie

Wat houdt het territoriale gezichtspunt in?

Dit gezichtspunt komt men tegen in de ethologie. Net als bij vele andere diersoorten kan men ook bij de mens iets onderscheiden dat de naam territorium mag dragen (Hall 1966; von Cranach e.a. 1979).

Het humane territorium (soms ook wel de 'personal space' genoemd, bij voorbeeld door Evans en Howard 1973) kan beschouwd worden als de ruimte (met toebehoren) die als van zichzelf beschouwd wordt en die moet worden verdedigd tegen individuen (of groepen) van dezelfde soort. Men kan bij in groepen levende dieren en mensen ook een groepsterritorium ('gangs') waarnemen. Bij de bespreking van de manie acht ik evenwel de individuele variant meer van toepassing.

Een territorium heeft:

1. structuur (hoe en waaruit is het territorium opgebouwd; heeft de eigen ruimte een samenhang?);
2. omvang (niet zo relevant bij de bespreking van de manie; Kuipers 1992);
3. begrenzing.

Het derde aspect 'begrenzing' is vooral van belang bij de bespreking van de manie. Het intact houden van de begrenzing van het mijn en dijn (zowel in termen van invloed als materie) is een noodzakelijke voorwaarde om in een leefgroep, bij voorbeeld in een familie, te kunnen leven. Het intact houden van de grenzen vereist een flexibele houding met betrekking tot toenadering en verwijdering. Als een individu om wat voor reden dan ook de begrenzing niet meer kan bewerkstelligen, dan dreigt

onverbiddelijk het gevaar van de insluiting of uitstoting. Uitstoting wordt in de regel uitgelokt wanneer iemand de grenzen van de anderen schendt zonder de regels van de toenadering te hanteren.

Om deze theoretische overwegingen te kunnen koppelen aan de praktijk, volgen nu drie korte vignetten waarin territoriale aspecten van manisch gedrag worden geïllustreerd.

Vignet 1 – Het betreft een alleenstaande man van middelbare leeftijd die al vaker in verband met manieën was opgenomen. Hij besloot op Koninginnedag naar het plein te gaan waar de meeste mensen verzameld waren voor feestelijkheden. Op een gegeven moment probeerde hij de microfoon te bemachtigen om aan te kondigen dat hij 's middags de koningin zou kunnen laten optreden. De politie had snel in de gaten dat hij het feestprogramma doorkruiste en zij verwijderde hem van het podium. Direct daarna pakte hij een tafeltje, nam erachter plaats en gaf door middel van een bordje aan dat het hier een adviescentrum betrof. Hij zat midden op het feestterrein en kwam zodoende (weer) in conflict met de organisatoren van de Koninginnedag. Het conflict escaleerde en toen de eerste klappen vielen, rekende de politie hem in. Eénmaal op het bureau werd hij door een psychiater beoordeeld en met een IBS op de opnameafdeling opgenomen. Daar stelde men de diagnose: recidief manie. De verpleegkundige gaf hem een eigen kamer in de hoop dat hij daar wat tot rust zou komen. Op de gang vlak voor zijn kamer richtte hij weer een adviesbureau in en nam daar pontificaal plaats op een stoel. Doordat hij ook nogal vreemd gekleed was, werkte het op de lachspieren van de medepatiënten. Ze wezen hem echter niet af, maar vonden het tafereel nogal vermakelijk. In deze setting was men wel wat gewend en dát voorkwam verdere escalatie.

Bespreking – In dit geval ziet men dat de manische patiënt zich op zo'n storende manier in de interacties van een groep mensen stort dat hij al na korte tijd wordt uitgestoten. Op een psychiatrische afdeling leidt dit gedrag niet tot uitstoting omdat men het herkent en erop kan reageren zonder de patiënt te kwetsen. Manieën vallen het meest op in de publieke ruimte. Het manische individu schendt dikwijls op een opvallende manier de gedragscode van de groep.

Als men meer van deze verhalen nagaat, dan lijkt er een tendens mee te spelen zich juist in dit soort situaties onmogelijk te maken. Alsof het vertoon van groepscohesie dit individu bang maakt en tegelijkertijd uitdaagt een volkomen ongelijke strijd aan te gaan. Veel manische patiënten kleden zich in hun manische fase ook erg apart en non-(of hyper?)burgerlijk. Zij roken niet één pijp tegelijk maar vier; dragen niet één sjaaltje maar tien en niet alleen om de hals maar om allerlei lichaamsdelen. Tegelijkertijd is hun eigen territorium, de ruimte waarin zij (thuis en in remissie) leven, veelal beperkt. Vaak hebben zij veel moeten opgeven en lijden zij aan eenzaamheid en aan het gevoel miskend te zijn.

Wanneer mensen met een manische stoornis geleerd hebben om hun

manie te verbergen voor de buitenwereld, worden ze minder vaak opgenomen. De schaduwzijde van dit leerproces is de vereenzaming. Zoals uit het volgende blijkt, is soms op een psychiatrische afdeling uitstoting ook niet te voorkomen.

Vignet 2 – Een jongeman had een (eerste) manie die sluipend was begonnen over een periode van enkele maanden. Hij kwam vrijwillig, onder druk van zijn familie die zo langzamerhand niet meer wist wat ze met hem aan moest. Op de afdeling hield hij medepatiënten 's nachts wakker en probeerde hij hen te betrekken in allerlei grootse miljoenenprojecten. Sommigen lieten zich opzweepen, anderen reageerden cynisch en verbolgen. Geconfronteerd met deze reacties liep hij dan gekwetst weg. Maar al snel kwam hij dan weer terug om de dominante medepatiënten en het personeel verontwaardigd uit te schelden. Binnen enkele dagen kreeg iedereen een hekel aan hem. Na enkele dagen onttrok patiënt zich tegen advies aan de behandeling. Er waren geen gevaarscriteria die in een geneeskundige verklaring ter verkrijging van een IBS hadden kunnen opgenomen worden.

Bespreking – Van een afstand bezien kan het gedrag van deze jongeman niet anders beschouwd worden dan als ongepast aanvalsgedrag. Het is zeer ongewoon om leden van een losmazige groep aan te vallen. Het is de vraag hoe dit verklaard kan worden. In elk geval kan men veronderstellen dat het opgenomen worden in een onbekende losmazige groep grote eisen stelt aan het vermogen om de grenzen tussen mijn en dijn intact te houden. Enerzijds dreigt het gevaar van het opgeslokt worden door de groep, anderzijds is er het gevaar van de reeds op gang gekomen beweging van de uitstoting. Misschien voldoet het agressieve imponderen aan de eis dat het beide gevaren tegelijkertijd bedwingt (weg van de afdeling, terug naar huis).

In het volgende vignet wordt nog een ander aspect van manisch gedrag duidelijk. Sommige auteurs (Price 1967; Gardner 1982) hebben namelijk verondersteld dat de symptomatologische gelijkvormigheid (zie tabel 1) van manische syndromen erop wijst dat er vaste gedragspatronen (fixed behavioral patterns) zijn, waar men in geval van nood op moet terugvallen. Volgens hen verwijst dit gedrag naar een evolutionaire voor geschiedenis waarin deze gedragspatronen een fysiologische of groepsecologische functie hadden (zie ook: Demarte 1971).

Vignet 3 – Het betrof hier een oudere dame zonder psychiatrische voorgeschiedenis, afkomstig uit een grote familie. Zij woonde alleen en was nooit gehuwd geweest. Plotseling overleed haar oudste broer. Hij had haar altijd geholpen met financiële kwesties en was bovendien haar vertrouwensfiguur. Toen de familie na de begrafenis in de auto zat om naar huis terug te keren, begon het gedrag van mevrouw op te vallen. Zij praatte aan een stuk door en liet zich grof en agressief uit. Dit escaleerde razendsnel en pa-

tiënte werd snel daarop opgenomen in een ziekenhuis onder de verdenking van een ontremd frontaal syndroom. Haar ontsnapping na enige dagen veroorzaakte een geweldige consternatie in de familie en bij de behandelende artsen. Mevrouw verschanste zich in haar woning en was door niemand meer te benaderen. In haar huis (drie hoog) bevonden zich vele kunstwerken die ze in beperkte hoeveelheden van het balkon begon te gooien of bij nacht en ontij bij het vuilnis zette. De omwonenden hadden dit snel in de gaten en probeerden, conform de natuur van mensen, een graantje mee te pikken. Thuis hield zij zich bezig met het veranderen van en snijden in schilderijen ('... die prutters hadden er toch niets van begrepen...'). Toen de (RIAGG-)psychiater na veel alarm vanuit de familie (die het familiekapitaal zienderogen zag slinken zonder er iets aan te kunnen doen) na veel moeite toegang tot haar huis had gekregen, bleek zij in een manische toestand te verkeren. Zij liep vervuild, in haar ondergoed, door de woning. Door kleine huishoudelijke klusjes (inmenging in het vernielen van haar kunstwerken duldde zij niet) met haar op te knappen groeide er wat contact. Na een week was zij bereid wat haldol in te nemen. Hierna verbeterde de toestand snel en herstelde zij volledig.

Bespreking – Manieën in het kader van rouw zijn vaak beschreven. De woede van het individu over het geleden verlies is zo groot dat de deelname aan de groep (het rouwen in familieverband) tijdelijk volledig is opgeheven en in haar tegendeel verkeert, namelijk het zich afzetten tegen de groep. Al interpreterend zou men kunnen zeggen dat zij op die wijze erin slaagt om de geliefde broer én de rouw om hem, voor zichzelf te houden. Deze beweging is zo heftig dat zij (het rouwen om) hem van haar familie afpakt en zich toeëigent. Het afstand doen van hem vindt vervolgens plaats door het vernietigen en wegdoen van haar waardevolle verzameling.

De behandeling kon uitsluitend plaatsvinden door (als behandelaar) gedrag te vertonen waarin elementaire vormen van geruststelling en hulpvaardigheid in 'kleine' concrete zaken (thee zetten, kleding verschonen) de boventoon voerden. Een medische benadering van het probleem werd door patiënte duidelijk van de hand gewezen.

Waarschijnlijk beschikt iedereen over het vermogen om manisch gedrag ten toon te spreiden. De drempel, alvorens dit gedrag geluxeerd wordt, is hoog. Drempelverlagingen kunnen door intoxicaties (alcohol, amfetamine, crack e.d.) teweeggebracht worden, maar ook door informatie met betrekking tot een verandering en/of bedreiging van de plaats in de eigen groep. Een interessante vraag is of bij deze mensen, voorafgaand aan de ontwikkeling van de manische stoornis, al onduidelijkheid of onhandigheid bestaat bij het innemen van een plaats in de sociale rangorde. Dikwijls beluistert men een discrepantie tussen fantasieën over de (hoge) plaats die hun toekomt en de (lage) plaats die hun in werkelijkheid is toebedeeld.

In de manie wordt de woede hierover geuit en eist de patiënt, zonder dat de benodigde middelen daarvoor beschikbaar zijn, een hogere plaats op. Het slot van dit verhaal is dan een val, om nog lager uit te komen dan voorheen.

Bij sommige individuen kan een logeerpartij, een vakantie, al of niet gepaard met slaapgebrek, al een manie uitlokken. Eén van de mogelijke gevolgen is dat het activiteits/arousal-niveau zozeer verhoogd wordt dat er opvallend gedrag ontstaat. Vanaf dat moment kunnen de reacties van de omgeving op het opvallende gedrag mee gaan spelen bij het uitlokken van imponeergedrag:

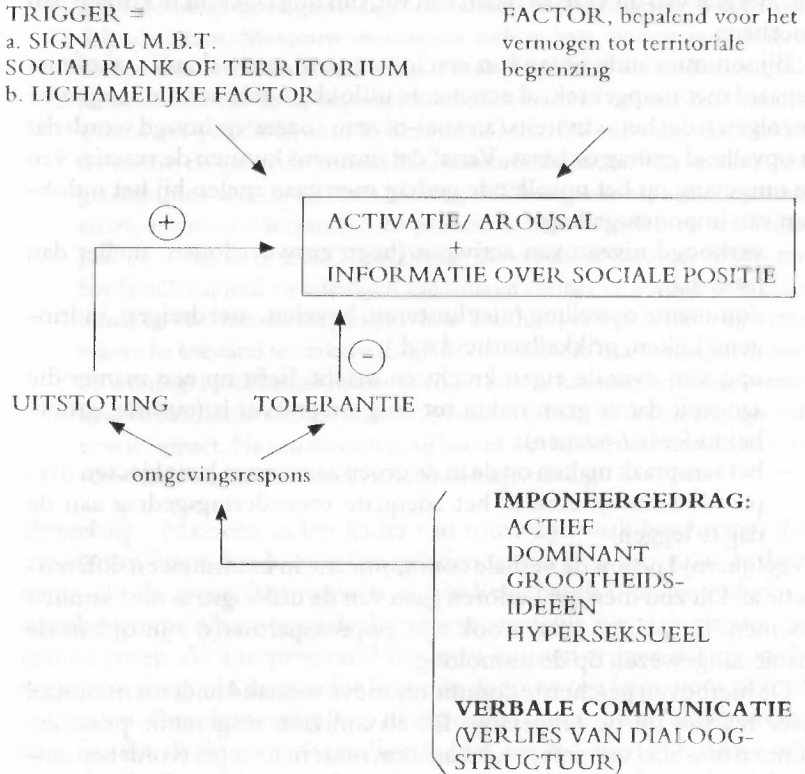
- verhoogd niveau van activiteit (heen en weer lopen, sneller dan normaal);
- dominante opstelling (niet luisteren, bevelen, snel dreigen, indringend kijken, prikkelbaarheid e.d.);
- opgeven over de eigen kracht en macht, liefst op een manier die aangeeft dat er geen reden tot zorg meer over is (euforie, grootheidsideeën/-wanen);
- het aanspraak maken op de in de groep aanwezige lustobjecten (hyperseksualiteit), zonder het adequate toenaderingsgedrag aan de dag te leggen.

Tegelijkertijd neemt de verbale communicatie in intensiteit en differentiatie af. Dit zou men het verloren gaan van de dialoogstructuur kunnen noemen. De patiënt en *dus* ook zijn gesprekspartner(s) zijn tijdens de manie aangewezen op de monoloog.

De hierboven geschetste communicatieve toestand leidt tot minimaal twee reacties uit de omgeving. De als individu reagerende personen kunnen nog heel uiteenlopend reageren, maar in de regel wordt een ambivalente houding merkbaar waarbij de anderen zich steeds afvragen of de grens (van het verdraagbare, toelaatbare) nu gepasseerd wordt of niet. Voor de patiënt is het dus van groot belang dat een aantal mensen voldoende tolerantie kan opbrengen. Zij laten zien dat zij in staat zijn hun eigen territoriale grenzen op een rustige manier te bewaken.

Wanneer men de groep als geheel beschouwt, komt er in de regel toch een uitstotingsreactie op gang, ook al wordt die soms verhuuld door dat in onze samenleving professionele hulpverleners zorgtaken kunnen overnemen. Als er tekenen van uitstoting op gang komen, dan geeft dit bij de patiënt weer angst en arousal, en toename van het imponeergedrag enzovoort (zie figuur 1). Een tolerante respons uit de omgeving daarentegen zal een inhiberende invloed op het manisch gedrag hebben (de-escalatie) omdat de informatie over de territoriale positie geruststellend is. De arousal neemt hierdoor niet verder toe.

Figuur 1: De manische cyclus



II. DE BEHANDELING

Inleiding

Wanneer men bij de behandeling van de manie rekening wil houden met territoriale aspecten, dan zal men zich vooral moeten richten op de communicatie met betrekking tot de territoriale afbakening en de sociale rangorde. In dit tweede deel wordt besproken welke gevolgen dit voor de bejegening heeft.

Tolerantie en begrenzing

Wanneer een manische patiënt wordt opgenomen, is er al een begin gemaakt met zijn verwijdering uit het sociale netwerk. Dat maakt het moeilijk om de patiënt er op de afdeling van te overtuigen dat de hulpverleners het goed menen. Hun gedrag wordt snel beleefd als een voort-

zetting van de uitstotingsbeweging en is dus olie op het vuur van de manie. De beginfase is dan ook vaak het moeilijkst en vereist niet zelden de toepassing van restrictieve maatregelen zoals In Bewaring Stelling (IBS), isolatie en medicatie. De toepassing van deze maatregelen vraagt een ferme attitude zonder verlies van de zorgende/bemoedigende attitude. Ook al is het in de vorm van een monoloog, toch is het dikwijls mogelijk de patiënt gerust te stellen wat betreft het gevaar van de uitstoting. Dit kan men onderbouwen door de bereidheid te tonen de familie bij de behandeling te betrekken. Eén van de grootste valkuilen in deze fase is het (van de weeromstuit) vertonen van contra-imponeergedrag.

Daarnaast kan men gebruik maken van de begrenzingen die op een klinische behandelafdeling voorhanden zijn. Men kan de patiënt een goed begreind territorium, een eigen kamer, aanbieden, waar hij eigen spullen kan neerzetten en hij kan doen wat hij wil. Wat betreft de met anderen gedeelde (min of meer publieke) ruimtes, zoals gang, eetzaal, conversatieruimte en wasruimte, kan men (steeds) laten zien dat anderen hier evenveel, zij het beperkte, aanspraken kunnen maken en dat de afdelingsmedewerkers vooral in deze sectoren de regels en de normen bewaken.

Eveneens is het zaak om uit te leggen dat ook andere individuen van de afdeling gebruik maken en dat zij een eigen plek hebben. Men kan deze plaatsen laten zien en aangeven dat het ook tot de taak van de hulpverleners behoort erop toe te zien dat deze grenzen niet zonder meer overschreden worden.

Janowsky (1974) is een auteur die zich met het aspect van de grensoverschrijdingen in het kader van de manie heeft beziggehouden. Hij gaf aan dat het belangrijk is om op deze verschijnselen voorbereid te zijn. Wanneer men zich erop instelt, schrikt men minder, raakt men minder geïmponeerd. Dan is men ook beter in staat een tolerante attitude aan te nemen, welke kan voorkomen dat de patiënt gesterkt wordt in zijn vrees voor uitstoting.

Janowsky noemt zes gedragingen die in dit opzicht speciale aandacht vereisen:

1. testing of limits (het testen, uitproberen van de grenzen);
2. projection of responsibility (de verantwoordelijkheid van wat er gebeurt bij anderen leggen);
3. sensitivity to others' soft spots (voelt feilloos, welhaast automatisch, aan waar iemand geraakt en gekwetst kan worden);
4. attempts to divide staff (probeert stafleden tegen elkaar uit te spelen);
5. flattering behaviour (kan de ander het idee geven dat hij/zij iets heel goed doet);
6. ability to evoke anger (is in staat om veel woede los te maken).

De informatie die betrekking heeft op de plaats in de sociale rangorde, is

niet zo gemakkelijk te manipuleren. Immers, vaak heeft de patiënt gelijk wanneer hij aanvoelt dat hij minder invloed krijgt in de leefgroep en dat er, na een fase van afnemende invloed, een uitstoting dreigt met alle gevaren van dien. Deze gevaren worden door de hulpverleners, men zou bijna zeggen uit hoofde van hun functie, onderschat. Dit komt omdat zij zelf de bufferfunctie uitoefenen die de samenleving hun heeft opgedragen, opdat niet al te gemakkelijk leden uit de 'hoofdgroep' gestoten worden. Hulpverleners denken dan ook vaak een echte oplossing voor het interpersoonlijke probleem in petto te hebben (eerst gezond worden en dan reïntegreren in de leefgroep), maar in werkelijkheid kan vaak niet meer dan een moratorium worden bereikt.

In deze fase is het essentieel om contact te maken met de personen in de leefomgeving, ook tegen de weerstand in. Hiermee wordt niet bedoeld dat men dingen tegen de wil van de patiënt zou moeten doen, maar wel dat het goed is om veel energie in het tot stand brengen van deze contacten te stoppen.

Immers, het feit alleen dat er een contact ontstaat geeft al moed ten aanzien van de gevreesde outcast-positie. In de gesprekken kan men hieraan aandacht besteden door de gebeurtenissen die de positie van de patiënt moeilijk maken te bespreken en naar andere mogelijkheden of oplossingen te zoeken.

Het is belangrijk ervoor te zorgen dat niet te veel verantwoordelijkheid aan de patiënt ontnomen wordt (bij voorbeeld door hem wilsonbekwaam of te ziek te achten), want dat onderstreept de outcast-positie juist.

Wanneer men dat wel moet doen, is het raadzaam de reden en de tijdelijke aard van de ingreep aan te geven. Uiteindelijk zal hij/zij toch zelf de weg terug naar de groep moeten vinden en soms bevechten. De hulpverleners scheppen een zo gunstig mogelijk klimaat hiervoor maar kunnen de beweging zelf niet uitvoeren. In mijn opvatting doet men de patiënt en de betrokkenen te kort als men in deze situatie uitsluitend let op 'gevaarscriteria' in de zin van reeds gevallen klappen of aangerichte vernielingen. Bij een toornige manie die steeds erger wordt, kan men de te verwachten ellende goed voorspellen, zodat tijdig ingrijpen aangewezen is.

Communicatie

De aard van de communicatie is zodanig dat de interindividuele begrenzings steeds op losse schroeven wordt gezet. Veel patiënten met een manie zijn in een gesprekscontact vanaf de eerste seconden bezig zelf het initiatief te nemen. Zij maken de gesprekssituatie erg veranderlijk door steeds van onderwerp of houding te wisselen. Verbaal hanteren zij de reeds genoemde monoloogstructuur, soms geven zij zelfs bevelen gepaard gaande met intimidatie. Uitingen op geleide van associaties

maken op een andere manier de dialoog onmogelijk.

De behandelaar dient, niet voortdurend, maar wel op beslissende momenten (bij voorbeeld als het gaat over medicatie-inname) het initiatief te nemen. Hij organiseert het contact en geeft aan wat wel en niet zinvol is om te doen en legitimeert deze handelwijze onder verwijzing naar de manische toestand en de noodzaak deze te behandelen.

Enkele psychologische aspecten compliceren de bejegening. De onderliggende angst om uitgestoten te worden kan gemakkelijk overgaan in paranoïdie. Dat is logisch, immers als de begrenzing niet meer lukt, dan kan het eigen territorium, en daarmee de gehele privé-sfeer, moeiteloos aangevallen en vernietigd worden. Dit laatste is de essentie van de paranoïde ervaring. Het is dus van belang in de attitude naar de patiënt te laten zien dat het niet de bedoeling is om verder te gaan dan het herstel van de grenzen tussen het mijn en dijn. Ik noem enkele details: niet zonder instemming tutoyeren, niet meelachen met de euforie, geen tekenen van submissie geven in respons op imponeergedrag of de uiting van grootheidsideeën, geen imponeergedrag vertonen ten opzichte van de patiënt (zie figuur 1). Zo kan men non-verbaal uitdrukken dat de patiënt zijn plaats en zijn rechten niet door acties van de hulpverlener zal verliezen.

Bestrijding van het hoge niveau van activiteit en arousal

Deze aspecten van de behandeling vormen niet het focus van dit artikel. Ik volsta dan ook met enkele opmerkingen. Het reguleren van het slaappatroon en de dagritmiek vormen de pijlers waarop een normalisatie van de sociale omgang pas goed mogelijk wordt. Het gebruik van neuroleptica en anxiolytica speelt hierin een belangrijke rol. Het vermijden van drugs die de arousal verhogen is natuurlijk ook van grote betekenis.

Epiloog

Er is een belangrijke vraag blijven liggen die betrekking heeft op de groepsecologische functie van manisch gedrag. Waarom verstoren manici de groepscohesie? Kan het nuttig zijn dat dit gebeurt, of is het louter ziekte, louter destructie? Is het geen paradoxale manier om de groepscohesie door uitsluiting van zichzelf juist te vergroten? Of ziet men in het manische gedrag het spanningsveld tussen individuele aanspraken en de beperkingen die het leven in een groepsverband oplegt, aan de oppervlakte komen?

Te denken geven in dit verband de cultuurverschillen met betrekking tot de omgang met dit gedrag. In bepaalde culturen lokt manisch gedrag veel meer 'holding' door de leefgroep uit dan in onze cultuur. Bij ons lijkt deze 'holding' gedelegeerd te zijn naar bevoegde instanties als de psychiatrie en de politie. De betekenis van manisch gedrag is daardoor

opnieuw en anders gedefinieerd, echter ook de aard van de 'holding' of 'containment' verandert hierdoor drastisch.

Het is op zichzelf beschouwd een wonderlijk sociaal fenomeen dat een individu gaat imponeren zonder het bijbehorende gezag in de groep te hebben. Dat is veel te gevaarlijk. Men moet echter ook vaststellen dat mensen met een grote invloed, bij voorbeeld hooggeplaatste politici (b.v. George III en Churchill), zich manisch gedrag kunnen veroorloven zonder uitgestoten te worden (Porter 1987). Dit betekent ten minste dat men voorzichtig moet zijn met het toekennen van betekenis (c.q. evolutionaire functies) aan manisch gedrag. De betekenis wordt meer bepaald door de context waarin het gedrag ontstaat dan door de eigenschappen ervan (zie ook: Kuipers 1992). Bovendien lijken sommige vormen van gedrag die als pathologisch worden beschouwd een functie voor het individu of voor de groep te ontberen; het is juist zinloos om zich zo te gedragen. Daarom is een prompte en adequate behandeling van de manie erg nuttig, het voorkomt zinloze beschadigingen. Bij de behandeling hoort echter ook een deskundige toepassing van de 'holding'. Met een puur farmacologische behandeling doet men ook de manische patiënt te kort.

Literatuur

- Bauer, M.S., e.a. (1991), Independent assessment of manic and depressive symptoms by self-rating. *Archives of General Psychiatry* 48, 807-812.
- Demarte, A. (1971), La psychose maniaco-dépressive envisagée dans une perspective ethologique. *Acta Psychiatrica Belgica* 71, 429-448.
- Double, D.B. (1991), A cluster analysis of manic states. *Comprehensive Psychiatry* 32, 3, 187-193.
- Gardner, R. (1982), Mechanisms in manic-depressive disorder; an evolutionary model. *Archives of General Psychiatry* 39, 1436-1441.
- Harrow, M. (1990), Outcome in manic disorders. *Archives of General Psychiatry* 47, 665-671.
- Hirschfeld, R.M.A. (1986), Personality of recovered patients with bipolar affective disorder. *Journal of Affective Disorders* 11, 81-89.
- Janzarik, W. (1988), *Persönlichkeit und Psychose*. Enke Verlag, Stuttgart.
- Janowsky, D.S. (1974), Interpersonal manoeuvres of manic patients. *American Journal of Psychiatry* 131, 3, 250-254.
- Kröber, H.L. (1988), Die Persönlichkeit bipolar manisch-depressiv Erkrankender. *Nervenarzt* 59, 319-329.
- Kuipers, T. (1992), 'Stille waters...' over de meting en beoordeling van negatieve symptomen. Academisch proefschrift, Elinkwijk, Utrecht.
- Kuipers, T. (1992), Territorial aspects in the management of acute psychotic states. *Proceedings of the second international congress on emergency psychiatry*. Swets & Zeitlinger, Lisse.
- Mitterauer, B., en W. Pritz (1981), Die manisch-depressive Dynamik und ihre Behandlung in der Manie. *Psychotherapie und Medizinische Psychologie* 31, 15-19.

- Polsky, R., en M.T. McGuire (1979), An ethological analysis of manic-depressive disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 167, 1, 56-65.
- Porter, R. (1987), *A social history of madness*. Weidenfeld and Nicolson, Londen.

Een complete literatuurlijst is bij de auteur te verkrijgen.

Summary: Territorial aspects of mania

One of the main characteristics of manic behavior is the tendency to transgress and injure the interpersonal boundaries. In this sense manic behavior can be described as territorial. In this paper it is shown that the manic patient impresses the environment in a display of activity and grandiosity, but at the same time he is endangered by exclusion from the group. These features have implications for the appropriate treatment, which have so far been neglected in the literature.

De auteur is als hoofd A-opleiding verbonden aan het PZ Veldwijk, Postbus 1000, 3850 BA Ermelo.

Het artikel werd voor publikatie geaccepteerd op 12-5-1993.