

De psychose-afdeling van de
Dr. S. van Mesdagkliniek

Een inleiding tot een integrale aanpak
van psychotische T.B.S.-verpleegden.

Onder redactie van
T.I. Oei en J.M. van der Mark.

INHOUDSOPGAVE.

1.	WAAROM PSYCHOSE-AFDELING? (S.U. Leeuwestein)	p. 1
2.	DE AFDELING AAN HET WOORD (J.M. v.d. Mark, R.J. de Bruine, J. Booy)	p. 4
3.	VERANTWOORDING WERKGROEP PSYCHOSE-BEHANDELING (o.l.v. T.I. Oei)	p. 7
4.1.	PSYCHOTICI IN DE DR. S. VAN MESDAGKLINIEK:	
4.1.1.	INLEIDING TOT EEN BEHANDELINGSFILOSOFIE	p. 9
4.1.2.	BEHANDELING EN BEJEGENING	p. 10
4.1.3.	ACCOMODATIE EN BEHANDELINGSVOORWAARDEN	p. 15
4.1.3.1.	SOCIOTHERAPIE EN MILIEU OP DE AFDELING	p. 16
4.2.	ENKELE AANBEVELINGEN	p. 19
4.3.	BIJLAGE I. MEDICATIEBELEID (A. Boersma)	p. 20
4.3.1.	KEUZE VAN MEDICAMENTEN	p. 21
4.4.	BIJLAGE II. INLEIDING VANUIT DE NON-VERBALE THERAPIEEN (J. Boelen)	p. 22
4.4.1.	HOOFDDOELEN	p. 22
4.4.2.	OBSERVATIE	p. 24
4.4.3.	MOTIVATIE EN VORM	p. 24
4.4.4.	ENKELE ALGEMENE OPMERKINGEN	p. 26
4.4.5.	INDIVIDUELE THERAPIE	p. 26
4.4.6.	THERAPEUTISCHE ASPECTEN	p. 26
4.4.7.	VERTROUWENSRELATIE	p. 27
4.4.8.	VEILIGHEID	p. 27
4.4.9.	THERAPEUTISCHE GROEPSACTIVITEITEN	p. 28
4.4.10.	INDICATIES	p. 28
4.4.11.	TOEPASSING	p. 29
5.1.	BEHANDELINGSPLAN VOLGENS HET OBSIE-SCHEMA (T.I. Oei)	p. 31
5.1.1.	BIJLAGE A	p. 37
5.1.2.	BIJLAGE B	p. 40
5.1.3.	BIJLAGE C	p. 41
5.1.4.	BIJLAGE D	p. 43
6.1.	DE ONDERNEMENDE SOCIOTHERAPEUT (T.I. Oei)	p. 44
6.1.1.	HET CONTINU AANSLUITEN VAN VRAAG VAN DE VERPLEEGDE OP HET AANBOD VAN DE SOCIOTHERAPEUT	p. 46
6.1.2.	HET CONTINUUM VAN VRAAG EN AANBOD, BEKEKEN VANUIT DE SOCIOTHERAPIE	p. 48
6.1.3.	HET BELANG VAN BESLISMOMENTEN TEN EINDE HET VERKEER TUSSEN VERPLEEGDE EN SOCIOTHERAPEUT TE STROOMLIJNEN	p. 49
6.1.4.	ENKELE TAKEN VAN DE ZORGCOORDINATOR	p. 51
6.1.5.	DE PRAKTIJK VAN HET BEJEGENINGSPROGRAMMA	p. 52
6.1.6.	SAMENVATTING	p. 57
7.	NAWOORD (T.I. Oei)	p. 59
8.	REGISTER	p. 60
9.	PERSONALIA	p. 66

1. WAAROM PSYCHOSE-AFDELING?

De afgelopen jaren heeft er een wezenlijke verschuiving plaatsgevonden voor wat betreft de aard van de psychische stoornissen van T.B.S.-gestelde delinquenten. Reeds in 1987 werd, tijdens het symposium ter gelegenheid van het 25-jarig bestaan van de Dr. S. van Mesdagkliniek als behandelingsinstituut, door Drs. G. de Jong geconstateerd, dat er, vergeleken met de beginperiode, méér psychotische patiënten en patiënten met ernstige borderline personality disorder in onze kliniek waren opgenomen. Het aantal met voornoemde diagnoses is sindsdien slechts toegenomen.

Een en ander moge ook blijken uit het feit, dat het gebruik van anti-psychotische medicatie door onze patiënten aanzienlijk is toegenomen. Lag het percentage patiënten, dat deze medicatie kreeg, zo'n 8 jaar geleden op ongeveer 10% van de totale populatie, nu is dit gestegen tot ca. 30%. Ook T.B.S.-veld-breed was de hierboven geschetste ontwikkeling te signaleren, hetgeen bij gebrek aan voldoende adequate behandelingsmogelijkheden voor deze categorie patiënten leidde tot enerzijds een groot aantal overbedden voor T.B.S.-gestelden in de forensisch-psychiatrische kliniek van "De Grote Beek", anderzijds tot onderbezetting van het aantal bedden in overige T.B.S.-klinieken.

Over de oorzaken van deze ontwikkelingen en over het feit of deze permanent dan wel tijdelijk zijn, kan slechts gespeculeerd worden. Teveel factoren zijn immers van invloed op het opleggen van de T.B.S.-maatregel. Zoals daders, advocaten, het "Pieter Baan Centrum" en de zittende magistratuur. Daarop is derhalve moeilijk greep te krijgen.

Een theorie, die weliswaar niet bewezen is, maar nogal opgeld doet, luidt als volgt: De psychiatrische inrichtingen hebben in de loop van de jaren '70 meer gedifferentieerde behandelingsmethodieken ontwikkeld. Daarbij werd steeds grotere nadruk gelegd op de motivatie van patiënten. De groep "chronische psychotici" met al dan niet ernstige gedragsstoornissen paste steeds minder binnen de geformuleerde behandelingskaders en er vond een uitstotingsproces van deze patiënten plaats. Bovendien werd als criterium voor onvrijwillige opname en dwangverpleging het "bestwil-principe" verlaten en konden patiënten slechts gedwongen worden opgenomen en blijven, wanneer zij een gevaar voor zichzelf of de maatschappij vormden.

"Vallend tussen wal en schip" en onmachtig zich staande te houden in de maatschappij, desintegreerde een klein gedeelte van deze patiënten met een min of meer ernstig agressief delict, waarna een T.B.S.-maatregel volgde.

De niet volledige capaciteitsbenutting van de T.B.S.-klinieken enerzijds en de overbezetting van de F.P.K. van "De Grote Beek" anderzijds, baarden het Ministerie van Justitie terecht ernstige zorgen. De noodzaak van uitbreiding van behandelingsfaciliteiten voor de categorie psychotische patiënten werd duidelijk onderkend, mede vanwege de financiële consequenties, die deze scheve verhouding met betrekking tot de bezetting van bedden had. Vandaar dat onder andere de directie van de Dr. S. van Mesdagkliniek zich begin vorig jaar intensief met dit probleem ging bezighouden. Ook onze kliniek was onderbezet. De kans was zeer groot, dat deze lege bedden opgevuld zouden worden met de categorie chronisch psychotische patiënten, die T.B.S.-gesteld waren.

Wij hadden reeds een aantal jaren in bescheiden mate ervaring opgedaan met de behandeling van psychotici en gemerkt, dat andere behandelingsstrategieën uitgestippeld moesten worden dan gebruikelijk waren voor de patiënten met ernstige persoonlijkheidsstoornissen. Wij kwamen dan ook tot de conclusie dat het voor een goed behandelingsklimaat op de Intensive Care (I.C.)-afdeling niet verantwoord was meer dan twee chronisch psychotische patiënten per afdeling op te nemen voor verpleging en/of behandeling. Na ampele overwegingen besloot de directie in de loop van 1991 een psychose-afdeling te openen en een op deze categorie patiënten toegesneden behandelingsstrategie te ontwikkelen. Na één en ander kliniekbreed te hebben besproken, bleek het hele team van (de I.C.-afdeling) Zuid 1 de uitdaging te willen aangaan om de behandeling van psychotici vorm te geven. Er werd een commissie in het leven geroepen om aan het voornemen vorm te geven. Daarin waren alle in de kliniek werkzame geledingen vertegenwoordigd. Een stoomcursus "deskundigheidsontwikkeling" werd samengesteld, waaraan de sociotherapeuten en het afdelingshoofd enthousiast deelnamen; de afdeling werd bouwkundig enigszins aangepast en behandelingsrichtlijnen werden geformuleerd.

Dit alles moest plaatsvinden in een tijdsbestek van een paar maanden, hetgeen ook nog gelukt is. Voorwaar een grootse prestatie!

Ik spreek hierbij dan ook mijn waardering uit over de wijze, waarop een ieder bij dit project betrokken, zich enthousiast van zijn taak heeft gekwetend en de realisering van dit project mogelijk heeft gemaakt.

De afdeling is klaar en de behandelaars, gewapend met een behoorlijke dosis theoretische kennis, staan gereed de patiënten te ontvangen en aan de slag te gaan. Het werk gaat nu pas echt beginnen; ik wens patiënten en personeel veel succes!

2. DE AFDELING AAN HET WOORD.

J.M. van der Mark:

Een klein jaar geleden kwam het voor het eerst ter sprake. Op een afdelingsfeestje. Het voornemen om een psychose-afdeling te starten ging rond in de wandelgangen. Het leek interessant. Woorden als uitdaging, afwisseling en motivatie vielen. Maar er was even goed de nodige scepsis. Het heeft heel wat overleg gevraagd, voordat alle neuzen in één richting wezen. En toen de bewoners van Zuid 1 begin december werden overgeplaatst, sloeg de twijfel opnieuw toe. Het was ook niet niks. De emoties stegen tot grote hoogte en mede dankzij de sterke teamcohesie, werd deze klip omzeild.

Er kwam toen ook wat steun. Terecht, want een afdeling, die deze stap durft te nemen, verdient alle bijstand. Dat geldt voor de komende periode nog nadrukkelijker. Ondersteuning vanuit de gehele kliniek is dan ook onmisbaar. Voor een groot deel zal het daarvan afhangen of de psychose-afdeling werkelijk een eiland in de kliniek zal worden. Het team wil dat zeker niet. Zij werken in de Mesdag en hebben collegialiteit hoog in het vaandel staan.

Bovendien zal een ieder, die in de Mesdagkliniek werkzaam is, zich dienen te realiseren dat omkijken alleen zin heeft, als je er iets van kunt leren. Veranderingen proberen tegen te houden past zeker niet in onze filosofie. Wel het met elkaar streven naar iets beters.

R.J. de Bruine:

In 1991 werd bekend dat de Dr. S. van Mesdagkliniek behoefte had aan een behandelafdeling voor psychotici. Al snel bleek, dat de belangstelling binnen de s.t.m.*-gelederen van de kliniek te gering was om hiermee een team te creëren. In de "artsen/hoofden"-vergadering werd geadviseerd om als lokalisatie "Zuid 1" te kiezen. De directie van de kliniek nam dit advies over.

Op 10 oktober 1991 solliciteerde het afdelingsteam van Zuid 1, als geheel, naar de vacante functie van behandelteam van de op te starten psychose-afdeling. Van belang was de bestaande teamcohesie en het relatief hoge opleidingsnivo.

Er werden voorbereidingen getroffen om de bestaande I.C.-afdeling te verbouwen tot een accommodatie voor 10 patiënten met onder meer faciliteiten als een rustruimte en een extra zithoek, etcetera.

Verder werd besloten het team een uitgebreid trainingsprogramma aan te bieden, zodat men zo goed mogelijk (bij)geschoold zou worden en men zich kon beraden op de wezenlijk andere attitude bij de behandeling van psychotici. Het personeel van de nieuwe afdeling Zuid 1 diende nu meer rekening te houden met de persoonlijke handicaps van de bewoners. Veel aandacht zou verder worden besteed aan de organisatie van de werkwijze.

De trainingsperiode werd afgesloten met toetsen, die bij goed gevolg recht gaven op een certificaat. Het voltallige team heeft dit certificaat behaald.

Alle veranderingen tezamen hebben ertoe geleid, dat met de start van een psychose-afdeling een differentiatie binnen de huidige kliniek zich manifesteert. Een specialisatie qua gebouw-technische voorzieningen, kennis en behandelattitude, dagprogramma en de numerieke verhouding personeel:patiënten.

* s.t.m. = sociotherapeutisch medewerker.

De directie heeft besloten dat het aantal formatieplaatsen van s.t.m.-ers 14 zou zijn en dat de psychose-afdeling autonoom zou moeten werken. Voor de kliniek is dit een nieuw gegeven en nader overleg zal nodig zijn om een en ander verder te realiseren.

J. Booy:

In eerste instantie waren we als team niet blij met het besluit van de directie om op de lokatie Zuid 1 een psychose behandelingsafdeling te starten. In huis gonsde het van de geruchten en we vroegen als team af, wat ons te wachten stond.

Nadat er langzamerhand meer duidelijkheid kwam, ook omtrent de doelstelling van de nieuwe afdeling, besloten wij als team te solliciteren. Dat was noodzaak, omdat we anders her en der over andere afdelingen verspreid zouden worden. Toch hadden enkele teamleden nog wel de nodige twijfels. De andere werkwijze was de oorzaak. De aarzeling verdween toen ons een maand bijscholing werd toegezegd.

Het gehele team had erg veel moeite met het feit, dat bijna alle bewoners overgeplaatst moesten worden. We waren graag met hen verder gegaan.

Gedurende de studiem maand hebben we veel informatie gekregen op het gebied van psychopathologie, crisis-interventie, methodiek en medicatie. Het voornaamste aandachtspunt was de andere benadering. We moesten dus omschakelen. In de praktijk zal moeten blijken of de opgedane kennis ons daartoe in staat stelt en of die andere werkwijze functioneert.

We kunnen de toekomst niet voorspellen, maar wij als team van de psychose-afdeling starten vol goede moed en enthousiasme met deze nieuwe uitdaging.

3. VERANTWOORDING WERKGROEP PSYCHOSEBEHANDELING.

De werkgroep ontving in de persoon van de voorzitter eind juni 1991 van de directie de opdracht om een studie te maken over de praktische invulling van een op te richten specifieke psychose-afdeling. De elementen van de behandelingsaanpak zouden gebaseerd dienen te zijn op een psycho-analytisch, klinisch-psychotherapeutisch referentiekader. Eind juli 1991 werd die werkgroep geïnstalleerd. De leden van de werkgroep (o.l.v. T.I. Oei) bestonden uit de vertegenwoordigers van de beveiliging (R.J. de Bruine), de sociotherapie (G. Niestijl, R. Mulder, R. Meeuwes), de medische afdeling (J.G. Werkman), de wetenschappelijke staf (A. Boersma), en de non-verbale therapie (J. Boelen).

Drie zittingen werden gehouden, waarbij de voornaamste doelen waren:

1. inventarisatie van theoretisch en technisch materiaal.
2. het in subcommissies nader evalueren van know-how op het gebied van psychosebehandeling, zowel binnen als buiten de kliniek.
3. het bezoeken van daartoe gespecialiseerde klinieken in het land.
4. het bijeenbrengen en redigeren van door medewerkers gemaakte voorstellen.

Omdat de periode waarin de werkgroep haar werk moest voltooien grofweg 6 weken bedroeg (eindigend op 11 september 1991, met een kliniekstaf) diende de doelstelling beperkt te zijn. Dit bracht met zich mee, dat een nota zou worden samengesteld, bestaande uit een aantal theoretische en praktische hoofdlijnen. Met behulp hiervan zou de directie nadere stappen kunnen ondernemen:

1. een handzame handleiding samen te stellen, eventueel met hulp van leden van de werkgroep.
2. de noodzakelijke voorbereidingen te treffen, gericht op een vóór het eind van dit jaar te implementeren afdelingsaccomodatatie.
3. verdere maatregelen te nemen die van belang zijn voor de operationalisering van de psychose-afdeling.

Hierbij ontvangt U een nota psychose-behandeling. Deze nota bestaat uit een theoretische inleiding en een praktisch hoofdstuk aangevuld met enkele aanbevelingen.

De inleiding werd verzorgd onder de verantwoordelijkheid van de voorzitter. De praktische aspecten en de aanbevelingen benevens de bijlages werden onder leiding van de voorzitter door de werkgroep bewerkt en geformuleerd. De werkgroep wil hierdoor al die kliniekmedewerkers bedanken, die langs schriftelijke of mondelinge weg hun steun, enthousiasme en vooral expertise hebben aangedragen. Zonder hun hulp was deze nota niet verschenen.

Tevens wil ondergetekende de collegae Prof. dr. L.J.A.M. van Eck, drs. E. Gans, psychiater en drs. S.U. Leeuwestein, psychiater, in het bijzonder bedanken voor de gevoerde gesprekken en voor hun bereidheid de eigen ervaring en expertise voor dit project toegankelijk te maken.

T.I. Oei,
september 1991.

4.1. PSYCHOTICI IN DE DR. S. VAN MESDAGKLINIEK.

4.1.1. Inleiding tot een behandelfilosofie.

Begripsvorming.

Psychoses zijn ernstige psychiatrische aandoeningen. Zij zijn ernstig in de aard van de verschijnselen (hallucinaties, wanen, psychomotore onrust, doodsangst en dergelijke), en in de mate van uitbreiding en effect in de tijd, in de sociale ordening en in de behoefte aan specifieke bejegening.

Psychotische mensen hebben veelal recidieven: psychotische verschijnselen herhalen zich in de tijd, vaak ongeacht de aanwezigheid van adequate behandeling (zowel "pillen als praten"). Het psychotische gedrag is soms contraproductief voor het interpersoonlijk contact: de onderlinge contacten worden er door belemmerd, soms onmogelijk gemaakt. Psychotici hebben meer behoefte aan nabijheid en rust, dan aan gesprekken en luidruchtigheid. De bejegening is derhalve meer gericht op intentie, dan op attentie. Betrokkenen behoeven meer gevoelsovereenkomst, het samen koffiedrinken, en dergelijke, eerder dan het met elkaar discussiëren of kijken naar films en spektakels.

De psychotische beelden zijn psychopathologisch in te delen naar de samenhang van verschijnselen. Zo spreekt men van een paranoiaïd-hallucinatoir syndroom, een maniform syndroom, een melancholiform syndroom. Psychotische toestandsbeelden hebben een psychodynamische verklaring. Men spreekt van borderline-psychotische persoonlijkheidsstructuur, van psychogene psychosen, van paranoiaïd-schizoïde posities, van melancholische reactievormen.

In de regel heeft men te maken hebben met psychotische toestandsbeelden, waarbij de psychopathologie op de voorggrond staat en de neurotische of borderline psychodynamiek op de achtergrond: desintegratie psychose, micropsychotische momenten etcetera.

Spreken we van chronische psychosen, dan bedoelen we daarmee die psychotische beelden die een eigen ontwikkeling hebben, een misschien wel biologisch bepaalde oorzaak in zich dragen. Schizofrene psychosen en bipolaire psychosen vormen de grote groep van deze zogenaamde functionele psychosen.

4.1.2. Behandeling en bejegening.

Intensieve zorg behelst de bejegening van degenen met toestandsbeelden, die in principe in meer of mindere mate permanent zijn. Deze toestandsbeelden verbeteren in principe nauwelijks, er is sprake van chroniciteit. Waar het dan om gaat is om de chronische psychopathologie in zijn effect te beheersen. In tegenstelling tot ziekte, waar herstel van functies in aanleg wordt verwacht, is er bij chronische psychopathologie sprake van een bepaalde invaliditeit van psychische functies. Als men dan van zorg spreekt, heeft men het over de optimalisering van in principe invalide functies. Het psychisch en sociaal functioneren wordt in zijn beperktheid niet alleen geïnventariseerd, maar ook geaccepteerd en deze attitude van het behandelend personeel dient als uitgangspunt voor de behandelingsfilosofie.

In de psychiatrische zorg heeft men dan ook voorzieningen, niet alleen in de intramurale, maar ook in de extramurale sfeer.

Voorbeelden zijn medicamenteuze en agogische behandelmethoden: het leren omgaan met psychische en sociale handicaps, het begeleid werkzaam zijn in de sociale werkplaats, het beschermd wonen, de vaste ambulante depôtpolifunctie, etcetera.

In geval van psychotische functiestoornissen is er een overheersend element, namelijk het tekortschieten van integratieve synthetiserende ik-functies.

Men spreekt van regressieve verschijnselen.

De hypothese is, dat er bij psychose sprake is van functieverlies (ik-functies) ten bate van integratie en adaptatie. De patiënt tracht alles in het werk te stellen om de buitenkant vast te houden ten koste van chaotische taferelen intrapsychisch (bij schizofrenie is er een differentiatieprobleem). Bij borderline-pathologie tracht de patiënt alle impulsen en ervaringsmomenten van de buitenwereld te interpreteren volgens de eigen gereduceerde beleving; er is sprake van identiteitsdiffusie, bijvoorbeeld splitsing en projectie zijn terugkerende afweermechanismen om al wat er gebeurt beter te begrijpen, te integreren (integratieproblemen hebben de overhand). De behandeling dient er dan ook op gericht te zijn dat de patiënt in een zo optimale situatie komt, waardoor er zo min als mogelijk een belasting op zijn functioneren wordt gelegd: rehabilitatie. Ruimtelijke inperking, beperking van de van buiten komende prikkels, het bieden van meer overzicht is derhalve noodzakelijk.

De integratie wordt bevorderd door de ik-functies farmacologisch te beïnvloeden: anxiolytica, antipsychotica, antidepressiva. Behalve ruimtelijke (architectonische) aspecten is een psychologische kapstok onmisbaar. De bejegening dient aldus rustgevend, betrouwbaar en consistent te zijn.

"Regelmaat" is in dit geval meer aan de orde, dan "geregeld" of "vaak".

Het gaat om het ritme, niet zozeer om de intensiteit van het contact. Zo gezien kan men spreken van "containing". Wat de patiënt nodig heeft, dus zelf niet kan opbrengen, wordt door de omgeving opgepakt en overgenomen. " Holding" betekent in dit verband het voortdurend beschikbaar zijn van de juiste opvang en bejegening teneinde de patiënt een basisveiligheid te verschaffen. "Safety first" voor de omstandigheden waarin de patiënt verkeert. Practisch betekent dit adagium, dat separatie of afzondering een essentieel element is in de bejegening van de patiënt. Er wordt dan zorg gedragen voor een overzichtelijkheid en duidelijkheid in het contact, waarbij gelet dient te worden op de dosering en de geleidelijke overheveling van taken aan de patiënt.

Een en ander vergt een gedegen professionaliteit van de attitude in het behandelingsteam, waarbij overleg en onderlinge afstemming noodzakelijk is. Herstel zal in de regel op korte termijn kunnen plaatsvinden. Uit ervaring blijkt dat kortdurende separatie of isolatie kan bijdragen aan de verbetering van ik-functies. Bovendien is de zogeheten hand-in-hand-begeleiding noodzakelijk om het gevoel van veiligheid te verschaffen. Er is dan een voorwaarde geschapen om het hechtingsproces te vergemakkelijken, doordat er voortdurend begeleiding aanwezig is. De directe beschikbaarheid van het teamlid is dan noodzakelijk. Er bij zijn, bij de patiënt is dan meer aan de orde dan er mee praten of perse iets mee doen. Men spreekt dan van de prothesefunctie in plaats van op volledig herstel gerichte intensieve zorg. De personele voorzieningen, waarbij afdelingen (met minimaal 8 patiënten) niet groter dienen te zijn dan de verhouding sociotherapie: patiënt gelijk aan 1:4, zijn van belang.

Het team dient cohesief te zijn, waarbij de expertise van de specifieke psychosebehandeling aanwezig is. Te langdurige (langer dan 2 weken) separatie kan het team zodanig belasten, dat (tegen)overdrachtsrelaties de sfeer ongunstig kunnen beïnvloeden. Het team kan dan tot de onuitgesproken (of onbewuste) wens komen de patiënt liever kwijt dan rijk te zijn. Deze afwijzing pakt de patiënt in de regel zeer snel op, waardoor het regressieve gedrag persisteert, kortom de cirkel dreigt zichzelf in stand te houden. Bij psychotische T.B.S.-patiënten kan er sprake zijn van een zogeheten ego-defect: sommige ik-functies zijn als het ware onderontwikkeld. Voorbeelden hiervan zijn frustratietolerantie, vermogen te sublimeren, angstbeheersing, uitstel van behoeftebevrediging. Het vertrouwen dient primair te worden gewonnen.

De aanvankelijke hypothese dat bij affectieve verwaarlozing (wat persoonlijk bij T.B.S.-patiënten het geval is) psycho-analytische behandeling geboden is, lijkt door ervaring en onderzoek niet altijd op te gaan. Het opgelopen ego-defect blijkt wel degelijk te hanteren, door er niet zozeer reconstructief mee om te gaan, maar veeleer structurerend en steunend. De kwetsbaarheid van de persoonlijkheid kan nu bepalen dat de bejegening door de omgeving ("expressed emotion" = vijandigheid, overmatige kritiek, teveel discussies) zodanig belastend is, dat de patiënt zich in zichzelf terugtrekt, autistisch gedrag vertoont. Het milieu is aldus een pathogene factor geworden. Er is dan een behandelmodel nodig, dat aansluit op wat de patiënt behoeft. Begeleiding van de patiënt om beter met zichzelf en de omgeving om te gaan ("coping") is derhalve geboden. De psychotherapie is zogezien een prothese geworden voor het handelen van de patiënt.

De patiënt dient vaardigheden op te doen ten aanzien van het contactuele spectrum, waardoor een steunend-structurerend gesprekscontact mogelijk wordt.

Begrijpelijk is, dat intensieve zorg respectievelijk Very Intensive Care, danig intrusief van aard kan zijn, dat er datgene uitkomt, wat men juist wil bestrijden. Patiënten lijden aan fusie-angst. Teveel nabijheid kan leiden tot paranoïde reacties, waarbij de patiënt zich meer inpantsert ten overstaan van de machtige, onbeheerste ouderfiguur. De patiënt vervalt in regressie. Er dreigt een patstelling in een oorlogsgebied. Er dient dan inzicht bij de behandelaren te zijn, maar zeker geen empathie, laat staan sympathie want de hulpverlener wordt door de patiënt juist beleefd als de intrusieve agressor, waartegen je je dient te beschermen, te verdedigen. In zulke gevallen kunnen pillen (psychofarmaca) de cirkel openbreken. Bij ernstige persoonlijkheidsstoornissen lukt dat doorgaans minder goed.

Het lijkt noodzakelijk te komen tot een "transitional space", waarbij er ruimte dient te zijn tot onderhandeling. Men kan binnen bepaalde grenzen kijken wat men aan elkaar heeft. Een overleghuishouding tussen patiënt en behandelaar dient derhalve overwogen te worden. Een stuk niemandsland tussen twee vechtende partijen moet dan worden geschapen. Er kan zo een brug worden geslagen zonder teveel gezichtsverlies.

Concluderend is de kans dat de psychotische T.B.S.-patiënt zowel aan constitutionele zwakte lijdt, als aan een psychologische ontwikkelingsstoornis het grootst. Een en ander vraagt om een specifiekere toepassing van het psycho-analytisch behandelingsaanbod.

Dit aanbod dient behalve van reconstructieve aard ook supportieve elementen te bevatten. Dit supportieve aspect behelst de actieverere rol van de hulpverlener, waarbij uitgegaan wordt van de (vooralsnog beperkte) ego-kwaliteiten van de patiënt. De patiënt kan met behulp van eventuele medicatie en steunende bejegening een zodanige ego-structuur opbouwen, waardoor de weg naar een reconstructieve behandeling wordt geopend.

4.1.3. Accomodatie en behandelingsvoorwaarden.

Eén afdeling met minimaal 8 psychotische patiënten is geboden. Er dient een optimum aan visueel overzicht te zijn op de afdeling. Onnodige hoekjes moeten worden vermeden. De optie dient overwogen te worden dat crisisinterventie op dezelfde afdeling mogelijk is. Dit houdt ondermeer in dat behalve separeermogelijkheid ook de mogelijkheid kan worden toegepast van het creëren van een stukje "niemandslaan", bijvoorbeeld door het hanteren van een melkglazen wand tussen een onrustige patiënt en de anderen, of het gebruik maken van een hoekgedeelte van een ruimte, waar wel auditieve controle heerst. De mate van geslotenheid is gekoppeld aan het afsluiten van de afdeling door middel van een deur met melkglazen vensters (of vitrages).

De verhouding personeel-patiënt dient minimaal 1:4 te zijn.

De afdeling dient dag en nacht te beschikken over de expertise van tenminste één B-verpleegkundige. De voorwaardenscheppende activiteiten, zoals daar zijn bezigheidtherapie, non-verbale creatieve en muziektherapie, beweging en sport en groepsgesprekken over medische aangelegenheden vormen een onlosmakelijk onderdeel van de dagelijkse voorzieningen van de afdeling.

De veiligheid moet gewaarborgd zijn, zowel qua milieu, architectonische voorzieningen, als in behandeling en bejegening.

Voor wat het milieu betreft valt er te denken aan factoren zoals overzichtelijkheid, duidelijkheid van functies van hulpverleners (bijvoorbeeld het dragen van naambordjes), het "creëren van de variabele distantie", (zoals het plaatsen van klokken, het hanteren van een kalender, zit- en woonhoek en dergelijke).

Met betrekking tot architectonische voorzieningen is een functionele indeling van de ruimte noodzakelijk: éénpersoonskamer met voorzieningen voor eigen hygienische zorg (bijvoorbeeld wastafel, toilet), consumptie (elektriciteits- en t.v./radio-aansluiting) en dergelijke. De behandeling en bejegening is te onderscheiden in 'cure' and 'care'. De medische behandeling concentreert zich op de lichamelijke en psychische gezondheidstoestand van de patiënt. Aspecten van algemene aard liggen op het terrein van de huisarts en van de medische afdeling. De psychiatrische zorg concentreert zich rondom de behandeling met psychofarmaca en de psychiatrische gesprekken. Consultatie aan de hulpverlener is een andere specifieke taak van de huisarts, respectievelijk beleidspsychiater.

De regelmatige informatie over psychosen en psychofarmaca aan de patiënten is een andere belangrijke taak van arts en specialist. Voor wat betreft de veiligheid in behandeling en bejegening, daarover later.

4.1.3.1. Sociotherapie en milieu op de afdeling.

De behandeling is gebaseerd op het zogeheten psychoanalytische supportieve model.

Kern hiervan is dat de patiënten door de behandeling een zodanige verandering doormaken, dat ze met behoud van oorspronkelijke aard en aanleg van hun persoonlijkheid, methoden hebben aangekweekt en ingepast in hun dagelijkse leven, zodat ze met hun ziekte of gebrek omgaan op een positieve en levensproductieve manier.

In tegenstelling tot het reconstructieve behandelmodel, wordt bij het supportieve model uitgegaan van een bestaande persoonlijkheidsopbouw en tracht de behandelaar daar rekening mee te houden en er zijn behandelinzichten aan te ontleen. Dus geen radicale verandering van de persoonlijkheid, maar wel een significante verandering van de omstandigheden waardoor de oorspronkelijke persoonlijkheidsstructuur zich beter kan ontplooien.

Doelstellingen op korte en langere termijn zijn ondermeer dat:

- 1) de patiënt in staat is om over zijn gevoelens te spreken, die aan zijn denken ten grondslag liggen.
- 2) de patiënt in staat is om aan de hand van concrete ervaringen zijn relatie met zichzelf en met anderen te optimaliseren.
- 3) de patiënt in staat is om binnen- en buitenwereld van elkaar affectief en effectief te scheiden.
- 4) de patiënt zijn gebrek of handicap accepteert en met de consequenties (bijvoorbeeld depôtmedicatie of beschermd wonen) ervan kan leven.
- 5) de patiënt bij zichzelf tijdig herkent en kan aangeven dat hij weer "afglijdt", zodat hulp door anderen geboden kan worden.

Het is aannemelijk dat de genoemde doelstellingen pas effect blijken te sorteren, indien op de afdeling wordt gestreefd naar een stabiel milieu met vaste en duidelijk omschreven gedrags- en omgangsgesels.

Ook is het zaak te zorgen voor een vast programma dat schriftelijk voor iedere patiënt wordt gemaakt. Een stabiel milieu veronderstelt een hecht, cohesief personeelsteam, met voor iedere patiënt een vaste begeleider. Het bejegeningbeleid dient niet zozeer confronterend, als wel eerder steun gevend te zijn. De steunverlening is gebaseerd op duidelijkheid, betrouwbaarheid en consistentie in de communicatie met de patiënt. Het gaat erom de patiënt ervan te doordringen dat hij wel degelijk in staat is om aan de gerezen problemen het hoofd te bieden. Daarvoor staat hem in principe alles ter beschikking. Afwijzing als interventiemiddel dient steeds gericht te zijn niet op de persoon, alswel op het gedrag. De wanen en hallucinaties van de patiënt zijn tenslotte zijn beleving, die aldus niet hoeft aan te sluiten op de belevingen van anderen. De eigenheid ervan dient door de hulpverlener gerespecteerd te worden. Enerzijds kan de patiënt ermee voor de dag komen, anderzijds zal het vaak noodzakelijk zijn om aan het gedrag van de patiënt paal en perk te stellen. De gezonde delen van de psyche van de patiënt zullen globaal bron van aandacht zijn van de hulpverlener. Observatie van de patiënt is in het bijzonder geboden om en nabij het moment van medicatie-toediening. De persoonlijke verzorging en hygiëne van de patiënt vormen doorgaans een essentieel onderdeel van de sociotherapie. Men dient de patiënt daarin alle ruimte te bieden die noodzakelijk is om zichzelf beter te verzorgen, en alle begeleiding die voorkomt dat de patiënt zichzelf verwaarloost. Consistentie in afspraken is daarbij een logisch gevolg. De patiënt kan soms afzondering niet missen. Momenten hiervan moeten dan ook gerespecteerd worden, maar niet langer dan noodzakelijk is voor het continueren van het behandelprogramma.

De realiteitstoetsing van de patiënt dient dagelijkse bron van zorg te zijn. Dit houdt ondermeer in, dat de patiënt regelmatig geconfronteerd moet worden met de realiteit zoals die zich aan hem presenteert. Dat tenslotte alle behoeften, noden en wensen van een geïntegreerd behandelingsplan voor psychotische patiënten verder geconcretiseerd kunnen worden op de afdeling zelf, onder leiding van de beleidspsychiater/-psycholoog, zij ten overvloede genoemd.

4.2. Enkele aanbevelingen.

- 1) Plaatsing psychose-behandeling in een bestaande I.C.-afdeling, waar twee ruimtes als zit/woonkamer kunnen dienen, en waar behalve separeer-mogelijkheid ook ruimtelijke afzondering (bijvoorbeeld via melkglazen wand) kan geschieden.
- 2) Het personeelsbestand van de psychose-afdeling dient zo mogelijk met elkaar bekend en vertrouwd te zijn (consistentie en cohesie van begeleiding).
- 3) Expertise van minimaal één B-verpleegkundige zowel overdag als 's avonds is geboden.
- 4) Belangstellenden voor werk op zo'n afdeling, dienen ervaring te hebben met de behandeling van psychose-patiënten.
- 5) Bij- en nascholing psychopathologie en acute psychiatrie is noodzakelijk.

4.3. Bijlage I.MEDICATIEBELEID OP EEN AFDELING VOOR MENSEN MET EEN
CHRONISCHE PSYCHOSE IN DE DR. S. VAN MESDAGKLINIEK.

Een behandeling van een psychotisch individu door middel van psychofarmaca kan niet los staan van een sociotherapeutisch-psychotherapeutische behandeling. Uit onderzoek is gebleken dat een goed leefklimaat met een gestructureerde, betrouwbare en humane benadering noodzakelijk is voor herstel van het psychisch evenwicht. Het gebruik van neuroleptica (=antipsychotische middelen) daarbij verbetert de resultaten wat betreft functioneren en symptomen op langere termijn echter aanzienlijk.

Antipsychotica zou men dan ook kunnen zien als ondersteuning bij een therapieprogramma met het accent op herstel van het psychisch evenwicht en het leren omgaan met de beperkte draagkracht van de patiënt. Steeds terugkerende discussies over verhoging of verlaging van de medicatie leiden de aandacht van de werkelijke problematiek af. Voor het afdelingsklimaat en het leren hanteren van de chronische psychose, lijkt het zinvol de discussie wel/geen medicatie vóór de opneming van de patiënt te voeren. Mensen, die op deze afdeling opgenomen worden, zijn dusdanig uit balans dat ze langdurig antipsychotische medicatie nodig hebben; dit als startpunt voor het leren accepteren van de ziekte/handicap.

Voorts zou het beleid gericht kunnen worden op een zo laag mogelijke onderhoudsdosering, en deze over een langere tijd te continueren. Revisie van medicatie kan plaatsvinden na een vastgesteld tijdsinterval. Tussentijdse schommelingen dienen zo veel mogelijk door middel van sociotherapeutische en ontspannende technieken opgevangen te worden.

4.3.1. Keuze van medicamenten.

De werkzaamheid van neuroleptica is bewezen, maar er zijn geen duidelijke aanwijzingen dat het werkingsprofiel en de effectiviteit van antipsychotische middelen onderling verschillen. Er is wel een verschil in bijwerkingen (hierop wordt meestal geïndiceerd).

Goed effect is niet overtuigend beschreven van het overgaan van het ene neurolepticum op een andere, wanneer het eerste niet heeft gewerkt.

Belangrijk is de richtlijn hoe en waarop een patiënt in het verleden heeft gereageerd.

Protocol (Slooff, Korf).

1) Neurolepticum geven;

bij onvoldoende effect na 4-6 weken bloedspiegel bepalen (over het algemeen niet nuttig voor het verrichten van de therapie behalve in geval van intoxicatie of geringe therapietrouw).

2) Eventueel overgaan op ander neurolepticum.

3) Eventueel atypisch neurolepticum: clozapine (leponex^r, cave agranulocytose) eventueel lithium toevoegen bij gewoon neurolepticum (cave neurotoxiciteit).

Bij heftige angst: toename psychotische symptomen --> verhogen van dosis neuroleptica of Haldol^r (met eventueel promethazine^r).

Bij agressie en gedragsstoornissen:

--> sedatie als bijwerking geïndiceerd:

fenothiazinen met alifatische zijketen: Largactil^r (niet i.m.), Siquil^r, Nedeltran^r, Nozinan^r.

(V.d. Hoofdakker, Korf, Stolk).

--> eventueel carbamazepine (of oxcarbazepine) toevoegen bij gewoon neurolepticum (Slooff, Korf).

Bij agressie bij organische stoornissen:

--> Cisordinol.

4.4. Bijlage II.

INLEIDING VANUIT DE NON-VERBALE THERAPIEËN.

De non-verbale therapieën in onze kliniek, beeldende muziek, en in de toekomst psychomotorische therapie kunnen vanuit hun specifieke werkterrein en methodieken een autonome bijdrage leveren aan observatie, diagnostiek, individuele therapieën, en therapeutische groepsactiviteiten ten aanzien van psychosebehandeling.

In grote lijnen gesteld zijn het de non-verbale therapieën die zich richten op intra- en interpsychische veranderingsprocessen middels beeldend werken, muziek maken en/of luisteren.

De actieve therapieën richten zich meer op het ontwikkelen en behouden van vaardigheden.

4.4.1. Hoofddoelen:

Voor de patiënt betekent dit de mogelijkheid hebben tot het uiten van gevoelens, het verkrijgen van inzicht in zichzelf en het herstellen van het contact met zichzelf en zijn omgeving.

Naar het team toe is dit een bijdrage leveren aan de diagnostiek van de psychiatrische ziekte of het toestandbeeld en aan het behandelingsconcept.

Er wordt van uitgegaan, dat ook op deze afdeling iedere patiënt met zijn geschiedenis en ziektebeeld een eigen behandelingsbehoefte heeft.

Zo dient er een individueel behandelingsaanbod geformuleerd te worden waaraan -indien geïndiceerd- de non-verbale therapieën deelnemen.

Aldus zijn er enkele algemene behandelingsvoorwaarden voor psychose-patiënten die bij de non-verbale therapieën eveneens hun prioriteit hebben, zoals zorg, structuur, veiligheid (voor zichzelf en anderen) en een respectvolle bejegening.

Dit betekent bijvoorbeeld dat:

- 1) Een werkruimte op of nabij de woonafdeling wordt gesitueerd. Patiënten kunnen dan in hun vertrouwde omgeving blijven en in geval van angst en/of verwarring hoeven zij geen lange afstanden af te leggen of gehaald of gebracht te worden.
- 2) De therapeut flexibel met de therapie-tijd kan omgaan.
- 3) In deze werkruimte een heldere, uitnodigende sfeer dient te heersen (werkstukken van andere patiënten en een teveel aan zichtbaar materiaal kunnen de patiënt ongunstig beïnvloeden, danwel opdringerig, indringend en/of afleidend werken).
- 4) Deze werkruimte zou alleen door de non-verbale therapieën gebruikt moeten worden.
- 5) De geheimhouding ten aanzien van het therapieverloop en de gemaakte werkstukken, lijkt hier contra-geïndiceerd. Het is immers noodzakelijk en in het belang van de patiënt om in goed overleg en in nauwe samenwerking te komen tot een eenduidige attitude.
- 6) Het vraagt van de non-verbale therapeut extra waakzaamheid ten aanzien van de zorgvuldigheid en het discreet omgaan met verslaglegging en gemaakte werkstukken. Hij/zij blijft hiervoor verantwoordelijk.
- 7) Ondeskundig en ongewenst interpreteren, duiden en becommentariëren is schadelijk voor de patiënt en de behandeling. Verslaglegging van gemaakte werkstukken is alleen relevant in het werkoverleg. Oprechte belangstelling is welkom, maar de expertise ten aanzien van de communicatie en interpretatie omtrent het gedrag van de patiënt tijdens de non-verbale therapie ligt uitsluitend bij de non-verbale therapeut.

4.4.2. Observatie - kennismaking (diagnostiek - behandelingsconcept).

De belangrijkste kenmerken van een psychose zijn*:

- Verstoorde "reality-testing". Iemand kan denkbeelden en voorstellingen niet meer toetsen aan de realiteit. Heeft waanvoorstellingen en/of hallucineert.
- De persoon heeft de greep op zichzelf verloren en is machteloos ten opzichte van zijn innerlijk gebeuren.
- Desintegratie van de persoon. De eenheid is in veelheid verloren gegaan.
- De balans tussen draaglast en draagkracht is verstoord.

4.4.3. Motivatie en vorm.

Alle nieuw opgenomen patiënten maken kennis met en kunnen zich oriënteren over de non-verbale therapievormen (muziek, beeldende en psychomotorische) en -therapeuten.

De non-verbale therapeuten maken kennis met iedere nieuwe patiënt en kunnen zich een beeld vormen omtrent de omgang van de patiënt met zichzelf en de ander, de ruimte, het materiaal en de tijd.

Ook kunnen zij een indruk krijgen van zijn (on)vermogen tot opnemen, begrijpen, concentreren, humor, creativiteit en motoriek.

Tenslotte zullen ze inzicht krijgen in zijn ervarings-, belevings- en fantasiewereld en zijn houding met betrekking tot opneming en behandeling in de kliniek.

* Ontleend aan P.C. Kuiper, Hoofdsom der psychiatrie. Hoofdstuk XV. Utrecht 1978.

De patiënt zou in de observatieperiode twee tot drie maal per week vijfenveertig tot zestig minuten therapietijd aangeboden moeten worden.

Gedurende deze periode staan werkruimte, materiaal en therapeut ter beschikking van: ontdekken, onderzoeken, eigenmaken en experimenteren.

In deze fase is het ook belangrijk de patiënt uitnodigend en zo neutraal mogelijk te benaderen, te begeleiden en indien nodig te steunen. Eventueel kan een programma van opdrachten zo open en toegankelijk mogelijk worden aangeboden.

Confrontatie met, hechten aan en ontwikkelen van een creatief proces zijn in dit stadium nog niet aan de orde.

Enkele algemene aspecten ten aanzien van materiaal en houding lijken nu op zijn plaats.

Met name in de eerste fase van het contact is het noodzakelijk het materiaal en de techniek aan te passen aan de lichamelijke gesteldheid en/of motoriek van de psychotische patiënt. De meeste antipsychotica hebben namelijk bijwerkingen zoals trillen, onrustige bewegingen, bewegingsdrang of niet, duizeligheid, slapeloosheid en/of vermoeidheid.

Het materiaal mag niet bedreigend zijn. Ieder materiaal, iedere kleur, ieder symbool kan voor elke patiënt een andere betekenis of associatie hebben. Belangrijk is, dat het materiaal op een of andere manier appeleert aan iets in de patiënt (bijvoorbeeld herkenning of nieuwsgierigheid). Hij moet er iets mee kunnen of willen. Een arsenaal aan materialen geeft legio mogelijkheden.

Bij psychose-patiënten is het van essentieel belang zich voortdurend te beraden op: nabijheid - afstand, vrij werken - structureren, standvastigheid - soepel zijn.

4.4.4. Enkele algemene opmerkingen.

Workshops voor afdelingspersoneel; kennismaken en ervaren.

Welk materiaal? Wat kun je ermee? Wat is een creatief proces? Zelfexpressie en samenwerken dienen hoog in het vaandel te staan.

Culturele verschillen.

Gepleit wordt dat medewerkers in deze kliniek met zo'n variatie aan patiënten van verschillende culturele achtergronden, zich openstellen voor, kennis nemen van, en mogelijkheden zoeken tot verdere studie.

Het betekent voor de patiënten een begrijpend en veilig therapeutisch klimaat.

Het starten van een landelijke intervisiegroep voor non-verbale therapeuten ten aanzien van psychose-behandeling lijkt vanzelfsprekend.

4.4.5. Individuele therapie.

Met de patiënt kan tijdens een langere periode, twee of drie keer per week, gedurende een bepaalde tijd, afhankelijk van de toestand van de patiënt, gewerkt worden middels beeldend materiaal en/of muziek aan een gemeenschappelijk therapiedoel.

4.4.7. Therapeutische aspecten.

Contact maken met de patiënt: taal blijkt vaak ontoereikend te zijn, zo ook bij het verwoorden van gevoelens.

Het kan zinvol zijn taal met het beeld te ondersteunen of het beeld met de taal.

Dit geldt zeker voor de psychotische patiënt, bij wie zich vaak zeer heftige en ook vaak voor hem onbekende gevoelens voordoen. De non-verbale therapieën "beeldend of muziek" kunnen behalve het gesproken woord een ander communicatiemiddel bieden dat soms contact met een zeer gesloten iemand mogelijk maakt. Het fysieke contact met materialen kan hier zeker toe bijdragen.

Materialen zijn tast- en zichtbaar en doen een direct appèl op de deelnemer. De therapie kan aanvangen met het verkennen van het materiaal en geleidelijk overgaan in een behandelingsproces.

4.4.7. Vertrouwensrelatie.

Voor een in zijn eigen wereld teruggetrokken en angstige psychotische patiënt is het belangrijk om te proberen hem te begrijpen en te accepteren, en hem dit ook te laten weten. De therapeut moet voor hem openstaan. Geen al te hoge verwachtingen hebben of eisen stellen, hem serieus nemen en de patiënt aandacht, steun en voldoende ruimte bieden om zijn verhaal te doen. De patiënt kan zichzelf daardoor mogelijk beleven en zien, zonder dat dit al te bedreigend voor hem wordt.

4.4.8. Veiligheid.

Een ernstig psychotische patiënt komt slechts in aanmerking voor individuele therapie.

Hoe zijn omgeving er uit moet zien, hangt af van de aard en de duur van zijn psychose (bijvoorbeeld prikkelarm).

Bij de één zullen meer prikkels noodzakelijk zijn om iets op gang te brengen of om het contact met de realiteit te herstellen, dan bij de ander.

Hoe dan ook, de situatie moet veilig zijn, zowel voor de patiënt als voor de therapeut.

In de praktijk blijkt, dat het zinvol is voor onze patiënten met hun beladen achtergrond en delictgeschiedenis te kiezen voor een indirecte benadering. Opdrachten en thema's roepen (associatief) genoeg materiaal op om mee te werken.

Doseren en structureren blijken in bijna alle therapieën noodzakelijk opdat een patiënt niet overweldigd wordt, zodat hij door zijn emoties en/of zijn afweermechanismen in paniek raakt.

4.4.9. Therapeutische groepsactiviteiten.

Samenstelling van groepen.

- 1) Een aantal patiënten met de non-verbale therapeut.
- 2) Een aantal patiënten, s.t.m.-ers en de non-verbale therapeut.
- 3) Een patiënt met een voor hem vertrouwde s.t.m.-er en de non-verbale therapeut.

Het verdient aanbeveling om per deelnemende patiënt een indicatie te stellen.

Van de deelnemende s.t.m.-ers is het van belang dat zij een open, enthousiaste en werklustige houding en inzet ten toon spreiden.

4.4.10. Indicaties.

- 1) Problemen hebben van relationele aard.
- 2) Onvermogen of niet goed kunnen reageren op anderen.
- 3) Zich niet kunnen verplaatsen in een ander (in te leven).
- 4) Ontdekken, ontwikkelen en versterken van de eigenheid ten opzichte van de andere deelnemers.

- 5) Aandacht hebben voor anderen, het krijgen van aandacht.
- 6) Reduceren van angstniveaus.
- 7) Een appèl doen op en het stimuleren van hun gezonde kanten om verslechtering te voorkomen.
- 8) Een door medicamenteuze behandeling ontstane leegte inhoud geven.
- 9) Normaliseren van gedrag binnen een groep.

Indicaties (algemeen).

Er bestaat een voorkeur voor non-verbale therapie. De deelnemer kan leren zich uit te drukken in beeldend werken en/of muziek maken. De therapiedoelstelling komt overeen met de doelstelling van de non-verbale therapieën.

Indicaties (individueel).

- 1) De patiënt gaat te rationaliserend om met zijn problematiek.
- 2) Het onvermogen om contact te maken met en uitdrukking te geven aan zijn binnen- en buitenwereld.
- 3) Het onvermogen tot het herkennen en beleven.
- 4) Behandelingsafweer. (Lage drempel non-verbale therapieën)
- 5) Reduceren angstnivo's.

4.4.11. Toepassing.

Twee- tot driemaal per week gedurende een uur werken met groepsleden aan werkstukken, individueel of in groepsverband.

- 1) Iedere deelnemer werkt individueel aan een werkstuk, waarbij onderwerp en thema voor iedereen gelijk is.
- 2) Werken in tweetallen, die gezamenlijk een werkstuk maken.

3) Iedere deelnemer maakt een onderdeel van een werkstuk en deze worden samengevoegd tot één werkstuk.

4) Een groep deelnemers maakt één werkstuk.

Het vraagt van de therapeut deskundigheid ten aanzien van begeleiding, herkenning en bewerken van groepsinteracties en -processen. De activiteiten dienen zo gestructureerd te worden, dat elke deelnemer zich uitgenodigd, veilig en geaccepteerd kan voelen.

5.1. BEHANDELINGSPLAN VOLGENS HET OBSIE-SCHEMA.

1. Overzicht van de delicttoedracht.

Korte voorgeschiedenis, waarbij psychodynamiek van de persoonlijke ontwikkeling, gekoppeld aan het delictscenario duidelijk wordt in de delict-enscenering.

2. Behandeling en bejegening.

Welke aspecten van de persoonlijkheid verdienen daarom speciale aandacht en met welke middelen van behandeling, respectievelijk bejegening kunnen ze worden gecorrigeerd, respectievelijk aangevuld?

3. Sociale consequenties.

Welke consequenties hebben de noodzakelijke behandel- en bejegeningaspecten van de patiënten op de inter-persoonlijke levenssfeer van de afdeling, in de kliniek en ten opzichte van de buitenwereld (familie, vrienden, instanties)?

4. Implementatie van de behandel- en bejegening-behoeften.

Welke praktische mogelijkheden zijn aanwezig om de noodzakelijke behandel- en bejegeningaspecten verder tot stand te brengen. (Denk aan de verschillende verbale en non-verbale therapieën, aan individuele- of groepsessies, aan hand- of denkactiviteiten en dergelijke).

5. Evaluatie en zonodig bijstelling van de uitgevoerde plannen.

Plan de noodzakelijke activiteiten en maak regelmatig evaluatierondes door middel van het multidisciplinair beraad op de afdeling. Indien gewenst kunnen bepaalde behandel- en bejegeningsoverwegingen worden toegevoegd, dan wel bijgesteld.

Ad 1. Overzicht van de toedracht van het delict.

Belangrijk is een indruk te krijgen van de persoonlijke ontwikkeling van de patiënt en de relatie met het delict.

Essentieel is daarbij te letten op hoe bepaalde levensgebeurtenissen hebben ingewerkt op de (gestoorde) ontwikkeling van de persoonlijkheid. Maak daarbij gebruik van het diagnostisch profiel van A. Freud (zie bijlage A).

Als voorbeeld geldt het geval van een borderline psychoticus, die op zijn tweede jaar in het ziekenhuis werd opgenomen en op zijn vierde jaar zijn moeder verloor.

Betrokkene is T.B.S.-gesteld omdat hij na een reeks mishandelingen en veroordelingen daartoe, tenslotte onder invloed van drugs een vriendin zwaar verwondt met een mes (delictscenario). Er kan dan gesteld worden dat door een ernstige ontwikkelingsinterferentie (c.q. ziekenhuisopname op twee-jarige leeftijd) betrokkene heftige separatie-individuatie-angsten heeft ontwikkeld, waardoor er later een fixatie tot stand is gekomen. Nadat betrokkene nog maar net begonnen lijkt met de oedipale problematiek, maar zich vervolgens geconfronteerd ziet met het verlies van moeder, kan van het delict het volgende worden geïnterpreteerd (= delict-enscenering).

Het delict is het resultaat van een duidelijke op-eenvolging van conflictsituaties tussen betrokkene en de maatschappij (moeder). De ernst van de ageerpatronen neemt dusdanig toe, dat er een totale afbrokkeling plaatsvindt van het Super-Ego (door drugs) waardoor driftmatige, vroeg-oedipale impulsen tenslotte de overhand hebben. Het gevolg is dat betrokkene de ambivalente (moeder-)partnerrelatie ensceneert, waarbij de partner (de goede ouder) tenslotte het onderspit moet delven, en betrokkene zichzelf identificeert met de boze ouder (de agressor, die betrokkene in de steek gelaten heeft).

Ad 2. Behandeling en bejegening.

Vanuit de psychodynamiek van de persoonlijke ontwikkeling en de delictinterpretatie, komen een aantal aspecten naar voren. Zo lijken fixatieproblemen ten aanzien van separatie en individuatie en van primitieve symbiotische aard de relatie met anderen, inclusief vrouwen, ernstig te belemmeren.

Het is derhalve zaak om allereerst te kijken naar situaties die het normale hechtingsproces bevorderen. Vervolgens dient de relatie met de moederfiguur verder te worden geëxploreerd, middels diversiteit van therapie-aanbod, om tenslotte te komen tot een innerlijke integratie van deze therapieën.

Aldus samenvattend: Het vestigen van een zodanige hechting, dat het mogelijk wordt de interactie moeder-kind ofwel goede en slechte Ik reëel te oefenen en tenslotte te beleven. Daarvoor zijn therapieën van dyadische aard noodzakelijk, waarbij het spiegelen en het voorbeeld geven essentieel is. Bepalend in deze fase is: het bieden van structuur en het leren omgaan met handicaps van zichzelf en van de ander.

Conclusie: Het instellen van een vaste begeleiding en zorgcoördinatie, het aangaan van individuele sport, non-verbale therapie etcetera.

Het zal duidelijk zijn dat de behandeling en de bejegening telkens dienen te worden overwogen en nader geïnterpreteerd. Op de Very Intensive Care (V.I.C.)-afdeling zullen de doelstellingen doorgaans anders liggen dan op de I.C.-afdeling, de psychoseafdeling of de resocialisatieafdeling.

Ad 3. Sociale consequenties.

In de sociotherapie kunnen het beleven van "safety" en het hebben van rust de eerst aangewezen behoeften zijn van de patiënt. Veiligheid scheppen betekent voldoende informatie geven aan de bewoner betreffende de afdelingsgewoonten en de afdelingsleefregels. Het kan bij onze patiënt noodzakelijk zijn dat (vanzelfsprekende) normen en waarden van de afdeling, die eigen zijn aan deze bewonersgroep, hem regelmatig worden verteld en zonedig uitgelegd.

Innesteling in een nieuwe omgeving, veronderstelt de beschikbaarheid van voldoende informatie door bijvoorbeeld het geven van praktische wenken, of door de instelling van het goede voorbeeld. Het enthousiasme waarmee een en ander door personeel en bewoners wordt vorm gegeven, bepaalt mede de sfeer op de afdeling. De perceptie van veiligheid door de patiënt is een voorwaarde voor het zich op zijn gemak voelen. Dit laatste houdt bovendien in dat de nieuwe bewoner (onze patiënt) zich door het personeel geaccepteerd voelt in zijn eigenheid: de eigen uitstraling, inclusief het aanwezige temperament en de eigen verbale en non-verbale eigenschappen.

Van de bewoner wordt omgekeerd ook het een en ander verwacht.

De bewoner zal zich dienen aan te passen aan een aantal huisregels. Van hem zal tevens regelmatig worden verwacht dat hij over zichzelf praat. Hij kan zijn eigen grenzen daarin zelf bepalen, zolang de afdeling daar geen probleem mee heeft.

Vaker komt het echter voor, dat de afdeling in actieve zin de bewoner op iets moet wijzen, of hem ergens in moet begrenzen.

De activiteiten van de patiënt op en rondom de afdeling zullen - als het goed is - ook niet zonder gevolg zijn voor de contacten met familie en vrienden. Belangrijk is ervan uit te gaan dat de aard en de frequentie van deze "buitenkontakten" in lijn liggen met de binnenhuisactiviteiten.

Ad 4. Implementatie van de behandelings- en bejegening behoeften.

Dergelijke sociale interacties die in principe dyadisch van aard zijn, zullen ook moeten plaatsvinden op de diverse behandelafdelingen. Bij onze patiënt zijn dat behalve de arbeidstherapie, de individuele sport, de non-verbale therapie en de muziektherapie. Indien betrokkene zichzelf verder wil bekwamen in een vormingsactiviteit, zal het individuele aspect daarvan worden benadrukt.

Ad 5. Evaluatie en zonodig bijstelling van de uitgevoerde plannen.

Ervan uitgaande dat men een aantal criteria nodig heeft om in het verloop van enkele maanden te toetsen, is het van belang steeds dezelfde maatstaven te hanteren. Men dient dan te letten op de volgende zaken:

- a. Angstkwaliteiten, afweermechanismen.
- b. Zelfgroei, conflictpatroon (zie bijlage B) en conflictvrije gebieden (sublimatie mogelijkheden).
- c. Sexualiteit.
- d. Agressieregulatie.
- e. Sociale contacten/objectrelaties.
- f. Derde milieu/hobbies/werk.
- g. Familie/partner/kinderen.
- h. Karakter- en gedragskenmerken (zie bijlage C).
- i. Medicatie.
- j. Evaluatie in engere zin van overdrachtsmanifestaties jegens behandelaar/onderzoeker (zie bijlage D).

Belangrijk is, dit evaluatie-instrument te hanteren als onderdeel van de totale klinische behandeling. Gepostuleerd wordt dat er via een gesprek tussen de beleidspsychiater/-psycholoog en patiënt op gestandaardiseerde momenten (bijvoorbeeld begin behandeling en telkens drie maanden verder) de verschillende persoonlijkheidskwaliteiten kunnen worden getoetst. Op basis van de multidisciplinaire beleidsvergadering op de afdeling is bijstelling van de behandeling maandelijks mogelijk (zie evaluatie van de items a t/m i).

5.1.1. Bijlage A.I. Driftontwikkeling.

1. Libido - onderzocht dient te worden:
 - a. het niveau van de fase-ontwikkeling (oraal, anaal, fallisch, latentie, puberteit);
 - b. de distributie van de libido (hoe is het zelfgevoel; gevoel van tevreden zijn met het eigen lichaam);
 - c. het niveau van objectrelaties.

2. Agressie - onderzocht dient te worden:
 - a. de kwantiteit agressie in het manifeste beeld;
 - b. de kwaliteit; in hoeverre correspondeert dit met het niveau van de libido-ontwikkeling, e.g. bijten - orale fase; destructie en vasthouden - anale fase; veroveren, concurreren - fallische fase; leren, willen weten - latentie; zich losmaken van de ouders - puberteit;
 - c. de richting van de agressieve strevingen; buitenwereld of eigen persoon.

II. Super-Ego-ontwikkeling.

Onderzocht dient te worden:

- a. de intactheid van het Ik-apparaat: zintuigen, motoriek, geheugen;
- b. de functies zoals geheugen, reality testing, synthese, controle over de motoriek en spraak, secundair proces-denken;
- c. de afweerstructuur; met name dient bekeken te worden:
 - of de afweer gericht is tegen individuele driften of meer in het algemeen tegen driftactiviteit en plezier;
 - of de afweer leeftijdadequaat is;

- of de afweermechanismen in evenwicht zijn, d.w.z. of het Ik de beschikking heeft over een veelheid van afweermechanismen of slechts over enkele;
 - of de afweer effectief is;
 - of de afweer afhankelijk of juist onafhankelijk is van de omgeving;
- d. de eventuele belemmering van de Ik-functies; dus de prijs die het individu betaalt om zijn afweer in stand te houden. Bijvoorbeeld loochenen interfereert met de perceptie en met het leren.

III. Beoordeling van genetische gezichtspunten:

De fixatiepunten, c.q. de libidineuze fasen waarnaar het driftleven is geregredeerd, kunnen opgespoord worden aan de hand van:

- het manifeste gedrag; bijvoorbeeld besluiteloosheid, overdreven netheid of twijfelzucht verwijst naar fixaties in de anale fase;
- de fantasie-activiteit: bijvoorbeeld in projectie-tests;
- de symptomatologie: bijvoorbeeld bij de dwangneurose of de conversiehysterie.

IV. Beoordeling van de dynamische en structurele gezichtspunten:

Beoordeeld dient te worden, of de conflicten behoren tot:

- a. externe conflicten tussen Id-Ik en de buitenwereld;
- b. geïnternaliseerde conflicten tussen de instanties Id, Ik en Super-Ego;
- c. interne conflicten tussen onvoldoende verenigbare driftrepresentanten, bijvoorbeeld: ambivalentie, activiteit - passiviteit, mannelijkheid - vrouwelijkheid.

Naar aanleiding hiervan wordt beoordeeld:

1. het niveau van de ontwikkeling en de autonomie van de persoonlijkheidsstructuur;
2. de ernst van de stoornis;
3. de intensiteit van de behandeling, die nodig is om het probleem op te lossen.

V. Algemene kenmerken:

Onderzocht dient te worden:

- a. de frustratietolerantie;
- b. het sublimatievermogen;
- c. de algemene houding ten opzicht van angst, bijvoorbeeld vermijding, paniekreacties, ontkenning, etcetera.
- d. progressieve tendensen versus regressieve tendensen; overwegen ondanks de problemen de progressieve klachten in het kind (school, hobbies, clubs, vriendjes), of overwegen de regressieve tendensen (zich terugtrekken, falen op school).

VI. Diagnose.

5.1.2. Bijlage B.Conflictpatroon.

Men kan nagaan of er sprake is van:

- A. Inter-systemische conflicten. Dit zijn conflicten tussen Id, Ego en Super-Ego. Soms worden de conflicten geëxternaliseerd en doen zich conflicten voor met de buitenwereld. Echter, conflicten tussen Id-impulsen en de buitenwereld komen alleen bij kleine kinderen voor en bij volwassenen met defecte Ego en Super-Ego-ontwikkeling (conflicten tussen de totale persoonlijkheid en omgeving, bijvoorbeeld weigering zich aan te passen, creatieve pogingen om de omgeving te veranderen, kunnen zich na de puberteit voordoen en zijn niet pathogenetisch).
- B. Intra-systemische conflicten. Deze doen zich in het Ego voor in de vorm van bijvoorbeeld onopgeloste ambivalentie conflicten, activiteits-/passiviteitsproblemen, man-vrouw zijn conflicten. Zij berusten op onvoldoende op elkaar afgestemde of tegenstrijdige drift representanten in het Id, ontstaan uit de afweer van onbewust geworden conflicten in het Super-Ego, Ego en Id.

5.1.3. Bijlage C.Karakter- en gedragskenmerken.

A. Van de orale fase:

optimistisch	-	pessimistisch
zelfverzekerd	-	submissief, passief zuigend, eisend bijtend.
vrijgevig)	(veel moeten krijgen, gulzig,
altruïstisch)	(jaloers, koppig, sarcastisch
eetgraag	-	hongerig, met hongerige blik, gauw gefrustreerd, rusteloos, eetstoornis
woordenrijk	-	passief in niets doen, niet voelen, niet denken, zwijgen
open en op contactgericht)	contactstoornis, paranoia, depressie
open voor nieuwe indrukken		leer- en werkstoornis

B. Van de anale fase:

ordelijk, punctueel	-	wanordelijk, slordig
netheid	-	viesheid
zuinig	-	kwistig, achteloos
besluitvaardig	-	twijfelend, besluiteloos, traag
regelmatig	-	oppotten, terughouden, onder druk
activiteitsritme		actief worden

C. Van de fallische fase:

op competitie gericht		brandend eerzuchtig, affectief
volhardend, weinig	-	gauw ontmoedigd,
neiging tot angst		concentratiestoornissen
met mening, prestatie		angstige onzekerheid, onmacht,
naar voren komen,	-	impotentie, kapot zijn, verlegenheid
zich poneren		zieligheid

D. Van de oedipale fase:

- | | | |
|-----------------------|---|-----------------------------|
| ridderlijk | - | onridderlijk |
| hoffelijk | - | onbehouwen |
| beschermend, zorgend | - | egocentrisch, jaloers. |
| tot empathie in staat | - | de ander als ding gebruiken |

5.1.4. Bijlage D.Evaluatie.

Zijn er uit het onderzoek (bijvoorbeeld in de klachten) bepaalde overdrachtsmanifestaties jegens onderzoeker te vermelden:

	positief				negatief		
	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.
1. intelligentieniveau (vermogen tot verbaliseren)	-	-	-	-	-	-	-
2. differentiatie van het gevoelsleven	-	-	-	-	-	-	-
3. souplesse/starheid v.d. persoonlijkheid	-	-	-	-	-	-	-
4. angsttolerantie	-	-	-	-	-	-	-
5. frustratietolerantie	-	-	-	-	-	-	-
6. vermogen tot introspectie	-	-	-	-	-	-	-
7. vermogen tot integratie	-	-	-	-	-	-	-
8. uitgebreidheid en sterkte v.d. maso- chistische instelling (negatief therapeu- tische reactie!)	-	-	-	-	-	-	-
9. regulatie van het zelfgevoel (evt. aandeel van het narcisme)	-	-	-	-	-	-	-
10. gebied van conflict- vrij functioneren	-	-	-	-	-	-	-
11. realiteitstoetsing (onderscheid innerlijke wensen en uiterlijke realiteit)	-	-	-	-	-	-	-

6. DE ONDERNEMENDE SOCIOTHERAPEUT^{*}
(een poging tot methodiekontwikkeling)

Sociotherapie in de psychiatrie is al sinds enige decennia bron van studie (Jongerius, 1963¹). In deze bijdrage haken we in op recente ontwikkelingen in een T.B.S.-kliniek (Dr. S. van Mesdagkliniek).

De term 'ondernemen' drukt een actieve opstelling uit, ten aanzien van de doelstelling. De term 'medewerken' is afgestemd op een samenwerkingsrelatie, die niet primair als doel heeft een actieve, initiatief-rijke benadering. Om deze reden wordt voor het sociotherapeutisch werken op een psychose-afdeling gekozen voor de omschrijving sociotherapeutisch ondernemen. Dit ondernemerschap kenmerkt zich door een coördinerende taakopvatting die gericht is op het opstarten, het onderhouden en het continueren van zorg met als doel een zodanige aanpassing van de persoonlijke make-up van de patiënt, waardoor de liictgevaarlijkheid op middellange termijn (4 à 5 jaar) beneden beheersbaar niveau blijft. De sociotherapeutische collega is dus in principe een case-manager.

Coördinatie van zorgtaken die van positieve invloed op de psychische toestand van de patiënt kunnen zijn, is derhalve een belangrijke leidraad van zijn taakinhoud.

Het opstarten van de zorg voor een patiënt behelst het mogelijk maken dat de patiënt zich kan innestelen in de afdeling. De patiënt moet voldoende begeleid worden door adequate informatie over de ins en outs van de afdelingsregels, -normen en -waarden.

* Verschenen in: *Periodiek over Sociotherapie* (1992), 9, 5-12.

¹ Jongerius, P.J. (1963): *Sociotherapie in de psychiatrische kliniek. Een systematisch geïntegreerde toepassing*. Assen, Van Gorcum.

Dat daarbij een welwillende, maar stimulerende invloed van de hulpverlener voor nodig is, moge duidelijk zijn.

Het tot stand komen van een werkrelatie dient aldus de allereerste doelstelling te zijn van het zogenaamde zorgcoördinatorschap (Willems, 1989²).

De zorgcoördinator (een juistere term in plaats van case-manager) is die sociotherapeut, die enerzijds voldoende afweet van de achtergrond van de patiënt, maar anderzijds niet rechtstreeks in een overdracht-tegenoverdrachtsproces betrokken is met de patiënt.

Consequentie hiervan is derhalve, dat de vaste begeleid(st)er niet tegelijkertijd zorgcoördinator kan zijn van zijn/haar pupil. In wezen is het afdelingshoofd de zorgcoördinator in engere zin voor alle patiënten van de afdeling.

Hij delegeert in feite zijn coördinatorschap telkens aan één van de collega's, de fungerende zorgcoördinator. Deze vormt samen met de vaste begeleider en de patiënt een zorgtrio.

Dit trio is dus verantwoordelijk voor de dagelijkse gang van zaken met betrekking tot 1) verzorging, 2) bejegening en 3) beveiliging in het hier-en-nu.

Wat verzorging betreft dient het trio een dagelijkse planning te hebben: bijvoorbeeld, hoe laat staat de patiënt op, wat te doen als het in de praktijk zo is dat de patiënt niet zelf kan opstaan. Welke interventies zijn ervoor nodig om aldus het zorgschema van alledag te behappen met elkaar. Deze interventies vormen tezamen -onderscheiden van de grote lijn van de behandeling, bijvoorbeeld medicatie en/of psychotherapie- het werkveld van het thema bejegening.

² Willems, D. (1989): De zorgcoördinator, functie apart of taak erbij. T. v.d. Sociale Sector, 43.11, 32-36.

De sociotherapie is dus een onderneming waarbij zorg en bejegening met en door de individuele patiënt dient te worden vorm gegeven.

De bejegening staat niet los van de momentane inschatting van veiligheid of gevaarlijkheid van de patiënt.

In feite komt het erop neer dat de sociotherapeutische ondernemer regelmatig door zijn interventies, zoals contact leggen, bijvoorbeeld door visueel benaderen of tactiele signalen (het geven van een schouderklop) kan inschatten wat er op dat ogenblik met de patiënt aan de hand is. Hoe gespannen of ontspannen is de patiënt?

Is deze psychomotore toestand te begrijpen vanuit het hier-en-nu? Welke actie dient er ondernomen te worden om bijvoorbeeld escalatie van dreiging te voorkomen, of aanwakkeren van initiatief te bewerkstelligen?

6.1.1. Het continu aansluiten van vraag van de verpleegde op het aanbod van de sociotherapeut.

Vanuit de ogen van de T.B.S.-verpleegde zijn er globaal de volgende stappen:

1. Hij is zich bewust van een probleem.
2. Gevolg hiervan is een gebrek of tekort, met de wens of noodzaak hier iets aan te doen.
3. Hij stelt vast dat hij dit gebrek niet zelf kan verhelpen: hij heeft een zorgbehoefte.
4. Hij zoekt hulp (bij medeverpleegde of sociotherapeut).
5. Vervolgens stelt hij aan deze persoon een vraag (direct of indirect; duidelijk of vaag).
6. Op verzoek van de hulpverlener geeft hij informatie over zijn vraag.

7. Op grond van die informatie en de beoordeling van de hulpverlener krijgt hij wel of niet toegang tot het aanbod (wordt zijn vraag wel of niet beantwoord of erkend).
8. Zijn geaccepteerde vraag wordt wel of niet omgezet in een aanbod.
9. Hij krijgt vervolgens de aangeboden hulp wel of niet geleverd.
10. Hij probeert erop toe te zien dat de geboden hulp geleverd blijft (hij "bewaakt" het aanbod).
11. Hij beoordeelt de geboden hulp naar de directe uitwerking ervan (helpt de hulp of heeft ze geholpen).

Samenvattend doorloopt de T.B.S.-verpleegde diverse stappen op het continuüm van vraag en aanbod:

- constateren van probleem en tekort
- hebben van een zorgbehoefte
- ervaren van noodzaak van hulp
- zoeken naar hulp en/of steun
- formuleren van een zorgvraag
- vinden van hulp
- krijgen van hulp
- handhaven van hulp
- beoordelen van hulp.

In de praktijk van alledag lijken bovengenoemde stappen wat sterk aangezet of zelfs overtrokken. Toch zal de verpleegde vaak tijdens dit proces van herkenning, vastlegging, communicatie en coördinatie van zorgbehoefte en zorgverlening in bepaalde fases blijven steken. Bijvoorbeeld: Je hebt het probleem of tekort te laat opgemerkt of verwaarloosd; je kon geen hulp krijgen, je hebt onvolledige informatie gegeven, er is verkeerde hulp geboden, je merkt dat het niet helpt.

Dit proces omvat dus een voortdurend bezig zijn met het nemen van beslissingen en het vaststellen van situaties.

Normaliter coördineert een ieder als het ware zijn eigen zorg. Maar in omstandigheden zoals die op de afdeling, moeten onze verpleegden altijd kunnen rekenen op hulp bij het ingeschakelde proces van vraag naar aanbod.

6.1.2. Het continuüm van vraag en aanbod, bekeken vanuit de sociotherapie.

De sociotherapeut wenst zich soms een ideale verpleegde, degene die slechts vragen stelt die passen op zijn aanbod, op wat hij als sociotherapeut heeft te bieden. Op deze wijze kan hij gerust dat doen wat hij graag wil doen, namelijk hulpverlening.

In de praktijk valt het niet mee, wanneer gezegd wordt dat zorgverleners eigenlijk meer moeten kijken naar de werkelijke behoeften van de verpleegde. Te extreem leidt dit namelijk tot een vorm van nihilisme. Een slager kan tenslotte niet leven van klanten die slechts brood bij hem willen kopen. Belangrijk is derhalve dat de sociotherapeut kijkt of binnenkomende vragen wel of niet op zijn aanbod passen. Behalve ervoor zorgen dat de vragen bij hem binnenkomen kan hij de vragen ook opsporen, bijvoorbeeld door zelf op de verpleegde aan te sturen.

Welke stappen zijn daarvoor nodig?

1. Hij spoort die vraag op die op zijn aanbod past.
2. Hij verduidelijkt de vraag door het doorvragen met de bedoeling meer informatie te krijgen.
3. Hij selecteert de vraag.
4. Hij biedt wel of geen toegang tot het aanbod.
5. Hij stelt het aanbod vast.
6. Hij geeft feitelijk toegang tot het aanbod.
7. Hij levert de aangeboden hulp (of zorgt ervoor dat die wordt geleverd).
8. Hij bewaakt de aangeboden hulp en stelt bij.

9. Hij evalueert de geboden hulp.

10. Hij sluit de hulp af.

Ook hier weer is het duidelijk dat veel van bovengenoemde stappen reeds bekend zijn. Wat fout kan verlopen, geeft aanleiding tot onbegrip, irritatie, dysfunctioneren, kortom veel problemen. Enkele voorbeelden zijn onder meer de verkeerde vraag gesteld, niet goed doorgevraagd, verkeerd geselecteerd, verkeerd of onvoldoende aanbod vastgesteld, de aangeboden hulp niet geleverd.

Wat voor de verpleegde geldt, geldt dus ook voor de hulpverlener: ook hij heeft soms iemand nodig die hem helpt met het doorlopen van al die fases.

Complexe situaties bij verpleegden leiden niet zelden tot complexe toestanden bij de hulpverlener, en omgekeerd. Een hulpvraag is des te gecompliceerder naarmate het hulpaanbod moeilijker te plannen of te voorspellen is.

Bijvoorbeeld is het makkelijker om te gaan met iemand die ieder dag een vastgestelde tijdstip zijn bed uitkomt, dan met iemand bij wie zulks niet te voorspellen is.

Complexer wordt het hulpaanbod naarmate er meer hulpverleners bij de verpleegde betrokken zijn!

6.1.3. Het belang van beslismomenten teneinde het verkeer tussen verpleegde en sociotherapeut te stroomlijnen.

Op beide continua zijn er steeds momenten waarop beslissingen moeten worden genomen, zowel door de verpleegde, als door de sociotherapeut. Zij zijn in te delen in formele en informele. Bij informele beslismomenten gaat het erom beslissingen te nemen op grond van een inschatting van wat in die ene situatie de voorkeur heeft.

Deze inschatting is sterk subjectief gekleurd en hangt in belangrijke mate af van de persoon die op dat moment de inschatting maakt.

Formele momenten worden gekenmerkt door een objectivering van de situatie. Op grond van tevoren vastgestelde criteria wordt nagegaan of iemand voor bepaalde hulp in aanmerking komt of niet. Men krijgt formeel toegang tot het aanbod en kan daar aanspraak op maken. Of men de hulp ook werkelijk krijgt, is nog niet perse duidelijk. Enkele voorbeelden van belangrijke beslismomenten voor de verpleegde zijn bijvoorbeeld de volgende:

- Welk probleem breng ik als verpleegde in en welk niet (niet op ieder probleem hoeft tenslotte een oplossing te komen)?
- Welke vraag stel ik en welke niet?
- Bij wie zoek ik hulp en bij wie niet?
- Welke informatie geef ik wel en welke niet?
- Accepteer ik dat ik geen of onvoldoende toegang tot het aanbod krijg?
- Accepteer ik dat ik minder krijg dan waar ik recht op heb?
- Accepteer ik de verkeerde hulp, ook als die niet aan mijn verwachtingen voldoet?

Voor de sociotherapeut zijn belangrijke beslismomenten:

- Op welke vragen ga ik in en op welke niet (selectie van de vraag)?
- Waar heb ik meer informatie over nodig?
- Hoe kom ik daaraan?
- Bied ik wel of geen toegang tot het aanbod?
- Welk aanbod stel ik vast?
- Lever ik dat aanbod ook?
- Stel ik het aanbod bij als daar reden toe is?
- Wanneer en hoe sluit ik de hulp af?

Bij deze beslismomenten, zowel van de verpleegde, als van de sociotherapeut, heeft de zorgcoördinator een belangrijke rol. Als intermediair tussen verpleegde en sociotherapeut en tussen sociotherapeuten onderling (i.c. het afdelingshoofd), neemt hij positie in tussen vraag en aanbod. Maar telkens versterkt hij, waar dat nodig is, in de eerste plaats de positie van de hulpvrager ten opzichte van de hulpverlener, dat wil zeggen: hij helpt bij het nemen van de goede beslissingen door de verpleegde/hulpvrager. Daarmee beïnvloedt hij uiteraard ook de beslissing van de hulpverleners/sociotherapeuten. Dit gebeurt echter indirect, via de verpleegde.

6.1.4. Enkele taken van de zorgcoördinator.

De zorgcoördinator dient te zorgen voor:

1. Het goed inschatten van de zorgbehoeften van de verpleegde en het duidelijk vaststellen van de zorgvragen.
2. Het opstellen van een zorgplan.
3. Het aanbrengen van samenhang in het zorgplan.
4. Het bewaken van de uitvoering van het zorgplan.
5. Het evalueren van het zorgplan.

Het goed analyseren van wat de verpleegde behoeft is een belangrijke taak. Deze opgave impliceert, dat de zorgcoördinator zicht heeft op de diagnose, het psychopathologische toestandsbeeld en de lichamelijke gesteltenis van de verpleegde. Is de verpleegde acut psychotisch of is er slechts sprake van een opwindingsstoestand?

Concreet betekent een en ander dat de zorgcoördinator de intermediair is tussen verpleegde en beleidspsychiater/-psycholoog. De zorgvragen dienen dus in samenhang met en in samenspel tussen verpleegde en behandelaar te worden geformuleerd.

De samenhang die aldus in het zorgplan tot uitdrukking komt, behelst een integratie tussen vraag en aanbod, een afstemming tussen de behoeften van de verpleegde en de mogelijkheden van de behandelaar. Dit zorgplan heeft derhalve de contouren van een samenwerkingsafspraken tussen verpleegde en behandelaar.

Beiden dienen aan de eisen ervan te voldoen. De bewaking ervan is een taak van de zorgcoördinator waarbij tenslotte de evaluatie van dit zorgplan de kroon vormt van het uitvoeringssucces.

6.1.5. De praktijk van het bejegeningprogramma.

De belangrijkste momenten van een dergelijk programma zijn

(Wolf, 1990³):

1. Actie gerichte aanpak.
2. Netwerkbenadering.
3. Evenwichtige bejegening.
4. Continuïteit van zorg.
5. Continuïteit van communicatie.

Actie gericht werken betekent in dit verband dat het erom gaat het functioneren van de verpleegden zodanig te beïnvloeden dat de controle op de eigen bestaansvoorwaarden wordt vergroot, de kwaliteit van hun bestaan toeneemt en hun autonomie wordt versterkt. Al handelend en uitproberend, met vallen en opstaan, zullen verpleegde en sociotherapeut tot overeenkomsten over een definitie van de situatie moeten komen. Het intensieve zoekproces met de verpleegde is de moeite en de tijd alleszins waard.

³ Wolf, J.R.L.M. (1990): Oude bekenden van de psychiatrie. Een onderzoek naar een sociaal-psychiatrische hulpverleningspraktijk. Proefschrift SWP, Utrecht.

Het resultaat is doorgaans, dat het zelfrespect van de verpleegde toeneemt, omdat zijn behoeften serieus worden genomen en zijn stem meetelt bij het bepalen van het aanbod, hetgeen het fundament betekent van het begrip 'begeleiden'. Uitkomst van de onderhandelingen moeten concrete en haalbare doelen zijn, die de verpleegden zodanig begrijpelijk moeten voorkomen, opdat ze weten waar ze ja tegen zeggen.

Een flexibele aanpassing van het aanbod aan veranderingen in de situatie van verpleegden is van belang. Het zijn de uiteenlopende wisselende problemen en behoeften van verpleegden die uiteindelijk bepalen welk aanbod op welke locatie in welke context wordt geboden.

Een onderdeel van de onderhandelingen tussen verpleegde en zorgcoördinator is vast te stellen in welk tempo, in welke volgorde en op welke manier zal worden gewerkt aan de ontwikkeling of uitbreiding van de vaardigheden die de verpleegde daarbij nodig heeft om zich in het dagelijks leven staande te houden.

Bijvoorbeeld: maaltijden bereiden, schoonmaken, zorg voor de persoonlijke hygiëne, omgaan met anderen, structureren van de tijd, en het beheren van de financiën. De zorgcoördinator heeft daarbij een voorbeeldfunctie.

Interventies gericht op de stabiliteit of de verbetering van de psychische en lichamelijke toestand van de verpleegden zijn veelal belangrijke voorwaarden om te kunnen werken aan het verhogen van de kwaliteit van hun bestaan (zinnvolle dagbesteding, sociale contacten, en dergelijke). De verpleegden van de psychose-afdeling maken geen deel uit van maatschappelijke verbanden (werk, vereniging, en dergelijke) en hebben doorgaans problematische relaties met verwanten en vrienden.

Een zorgvuldige analyse van de omvang van het primair en sociale netwerk en van de kwaliteit van de onderlinge relaties is derhalve geboden (Oei, 1987⁴). Welke eisen worden vanuit de omgeving (familie en dergelijke) aan het functioneren van de verpleegde gesteld? Veelal zijn deze relaties zodanig in hun initiatieven gefrustreerd, dat er niet zelden een zekere ontmoedigingsreactie wordt gevonden bij de achterban.

De contacten tussen zorgcoördinator en maatschappelijk werkende zijn daarom zo belangrijk opdat de afstemming van belangen vanuit de afdeling naar de familie toe en vice-versa zo naadloos als mogelijk kan plaatsvinden.

Psycho-educatie (Tabeling, 1992⁵) kan een effectief instrument zijn in handen van de zorgcoördinator, waardoor ook de familie van de verpleegde weet waar ze aan toe is. Het individueel bejegenen van de verpleegde, het eenduidig communiceren met de verpleegde, en het vooral serieus nemen van de gestelde hulpvragen dienen onder meer daar het onderwerp van te zijn. De specifieke vragen om duidelijkheid omtrent ziekte, medicatie en psychotherapie zijn daarentegen een zorg van de behandelaar (beleidspychiater/-psycholoog).

Verpleegden kunnen tussen twee vuren terechtkomen, namelijk de druk van de achterban en de wensen van de afdeling, en daarop wederom of met nieuwe symptomen reageren.

⁴ Oei, T.I. (1987): Psychic coping behaviour and the role of social support. *The Int. J. Social Psychiatry*, 33, 1, 5-12.

⁵ Tabeling, J.G.F. (1992): Psycho-educatie: een doel op zich? *MGV*, 47, 1, 54-56.

Waar een netwerk ontbreekt, loont het de moeite samen met de verpleegde pogingen te ondernemen een (substituut-)netwerk te ontwikkelen en in stand te houden, omdat de verpleegde anders volledig afhankelijk is van slechts één of twee personen (namelijk de vaste begeleider en de zorgcoördinator). Kiezen voor een netwerkbenadering vraagt van werkenden zorgvuldig omgaan met de veelal botsende belangen van verpleegden, familieleden en betrokken hulpverleners.

Indien de zorgcoördinator het als het ware ook niet meer weet, ligt het voor de hand een en ander aan de multidisciplinaire vergadering van de afdeling voor te leggen. Een evenwichtige bejegening van de verpleegde vereist niet per definitie een frequent contact met hem.

De kwaliteit van zorg is vermoedelijk meer afhankelijk van de kwaliteit van de relatie en de communicatie tussen verpleegde en zorgcoördinator.

De zorgcoördinator heeft een overzicht van wat er plaatsvindt tussen verpleegde en vaste begeleider. Hij signaleert meer, dan dat hij intervenueert. Hij moedigt aan, waar er impasses verschijnen in de relatie tussen verpleegde en vaste begeleider. Hij analyseert gedrag in plaats van te reflecteren op onbewuste motieven. Hij zorgt voor een wederkerigheid in de interactie tussen verpleegde en vaste begeleider. De zorgcoördinator is kortom zijn collega's naaste hoeder, waarbij steun primair blijft en doeltreffende correcties in gedrag niet kunnen worden gemist. Te gemakkelijk wordt aangenomen dat psychotici ongemotiveerd, moeilijk of 'therapie-resistent' zijn.

Wat is er voor nodig om het vertrouwen van deze mensen te winnen en ze te engageren zich voor de verbetering van hun eigen situatie in te zetten?

Behalve een portie geduld, zich ervoor inzetten dat een aanbod hen perspectief biedt en bovendien aansluit op hun behoeften en noden. Tevens is het zaak te trachten met hen steeds weer opnieuw te komen tot een gemeenschappelijke definitie van de situatie. Hoe stel je je als hulpverlener op als de verpleegde geen prijs stelt op contact? Kan je ongevraagd af en toe langs om een oogje in het zeil te houden? Wacht je af?

Of onderneem je iets met de verpleegde? De inzet van de hulpverlener dient zoals met medicatie het geval is, gedoseerd te zijn (Van Marle, 1986⁶).

Naar gelang de behoefte van de verpleegde reikt, zal de hulpverlener alles in het werk stellen, teneinde de angst en de onzekerheid van de verpleegde zo optimaal mogelijk bewerkbaar te maken. Dit heeft doorgaans tot gevolg dat de vraag van de verpleegde aan duidelijkheid wint, zodat de behoefte van de hulpverlener om te helpen ook kan worden bevredigd. Daarmee wil niet altijd gezegd zijn, dat de hulpverlener actief dient te zijn. Soms is een stilzwijgend samenzijn met de verpleegde ook reeds een optimaal aansluiten van aanbod op hulpvraag. Het aansluiten derhalve van continuïteit van zorg vraagt om een teamaanpak.

Men hoeft dus niet altijd de één op één relatie als model te gebruiken voor de opvang van de psychotische patiënt. In gevallen waar er ernstige agressieve uitvallen zijn te duchten, is het geboden het teammodel ter hand te nemen.

De nadruk valt in zo'n situatie op het continueren van een bepaalde hulpverlenersaanbod, dat slechts via een coherente, consistente en vooral cohesieve behandelteam kan worden gegarandeerd.

⁶ Van Marle, H.J.C. (1986): Psycho-analytische psychotherapie in de Dr. S. van Mesdagkliniek te Groningen, lezing voor de V.O.C.P.

De teamleden vormen aldus een sterke keten van bejegeningsvoorzieningen, die op een voorspelbare manier aan de verpleegde kan worden aangeboden gedurende de 24-uurs diensten.

Nochtans dient men zich te realiseren, dat omdat de populatie psychotici zeer heterogeen is, een model dat bij de ene patiënt "effectief" is, dat bij de andere beslist niet hoeft te zijn. De communicatie en informatie over de problematiek van de verpleegde dient als sluithek van het bejegeningprogramma. Deze dient te zijn gebaseerd op de zorg voor het continu aansluiten van de diverse behandeldisciplines, met betrekking tot behoeften en mogelijkheden. Zonder voldoende, juiste en actuele informatie, is het nauwelijks mogelijk het hulpaanbod van diverse hulpverleners op elkaar af te stemmen en te coördineren. Slordig omgaan met informatie zet een moeizaam opgebouwd netwerk onder druk en geeft aanleiding tot frustraties bij hulpvrager en hulpverleners. Tenslotte is het zo, dat de zorgcoördinator uiteraard niet alle bovengenoemde taken zelf uitvoert, maar er als het ware wel voor zorg draagt. Per slot van rekening moet er voor worden gewaakt dat er tussen verschillende disciplines een verving en nivellering van taken en werkwijzen optreedt. De zorgcoördinator is uiteindelijk verantwoordelijkheid verschuldigd aan het afdelingshoofd, wiens coördinerende taak het is dat alles op de afdeling verloopt volgens de voor ieder personeelslid toebedeelde taken (met de daarbij behorende bevoegdheden) en verantwoordelijkheden.

6.1.6. Samenvatting.

In dit artikel wordt een eerste aanzet beschreven van de rol van de sociotherapeut op een psychoseafdeling van een kliniek voor T.B.S.-gestelden.

Het accent valt op de coördinerende taak van de sociotherapeut als budgethouder van integrale zorg voor de T.B.S.-verpleegde.

De relatie tussen hem, de vaste begeleider en de andere hulpverleners wordt nader genoemd.

Uiteindelijk is het afdelingshoofd de zorgcoördinator in engere zin.

Bovenstaande tekst diende als basis voor de bijscholingscursus zorg- en bejegeningsmethodiek voor sociotherapeuten van de psychose-afdeling van de Dr. S. van Mesdagkliniek, met medewerking van J.M. van der Mark, fungerend afdelingshoofd.

7. NAWOORD.

De psychose-afdeling als nieuwe specifieke behandelunit heeft een face-lift ondergaan. De lokaliteit is wat doelmatiger ingericht en de functies arbeid, non-verbale therapie en sport hebben er een plek gekregen.

De patiënten, die er opgenomen worden, hebben problemen met de realiteitstoetsing en zijn vaak niet voldoende uitgerust om zich flexibel op te stellen. Deze patiënten hebben kortom handicaps.

Dit bepaalt in essentie de opstelling van het sociotherapeutisch team. De sociotherapeut realiseert zich, dat hij/zij ondernemend dient te zijn in de omgang met de patiënten. Bovendien stelt het personeelslid zich meer coördinerend op, zodat iedere patiënt die zorg krijgt, die hij behoeft.

Er is dus zorg op maat nodig, die beantwoordt aan de vraag van de individuele patiënt. De samenwerking van het personeelsteam is gericht op de voortgang van het behandelproces van de patiënt. De bejegening door het personeel is derhalve concreet, consistent, toeschietelijk en aanstekelijk. Alles vindt plaats met het doel om de patiënt zodanig in zijn psychologische make-up te doen veranderen, dat hij zelf weer verder kan groeien, bijvoorbeeld door gebruik te maken van psychotherapie en/of medicatie.

Dr. S. van Mesdagkliniek,
februari 1992.

8. REGISTER.	
aanbod	46, e.v.
achtergrond	10
actie gerichte aanpak	52
actief	44, e.v.
acute psychiatrie	19
afdelingshoofd	45, 51, 58
affectief	17
affectieve verwaarlozing	13
afwijzing	18
afzondering	18
agogische	11
agressie	21, 37, 56
anale fase	41
antidepressiva	11
antipsychotica	4, 20, 21, 25
anxiolytica	11
arbeidstherapie	35
artsen-/hoofdenoverleg	5
attentie	9
attitude	5, 12, 23
autistisch	13
autonoom	6, 52
"beeldend of muziek"	27, 29
begeleiding	13, 19, 25, 53
behandelfilosofie	10
(behandelings)methodiek	2, 6, 11
behandeling	3, 10, 15, 16, 18, 22, 31, 32, 34
bejegening	9, 10, 11, 15, 16, 18, 22, 31, 32, 34, 45, e.v.
beleving	18
beschermd wonen	11
beschikbaarheid	12

beslissing	47, e.v.
bestwil-principe	2
betrouwbaar	11, 18
beveiliging	45
bezigheidstherapie	15
bipolaire psychose	10
borderline (psychotische) personality disorder	1, 4, 9, 11
budgethouder	58
B-verpleegkundige	19
care	16
case-manager	44
certificaat	5
chroniciteit	10
chronische psychotici	2, 9, 10, 20
coherent	56
cohesie	4, 5, 13, 18, 19
communicatie	18, 52, e.v.
confronterend	18, 19, 25
consistent	11, 18, 19, 56, 59
constitutioneel	14
containing	12
continuïteit	52
coping	13
crisisinterventie	6, 15
culturele verschillen	26
cure	16
delict-enscenering	32, 33
delict-scenario	32, 33
delictgevaarlijkheid	44
delicttoedracht	31, 32
depôtpolifunctie	11
desintegratie psychose	10
deskundigheidsontwikkeling	3
differentiatieprobleem	11

(doods)angst	9
dosering	12
draagkracht	20, 24
draaglast	24
driftontwikkeling	37
duidelijkheid	18
dyadisch	33, 35
dynamisch	38
één-op-één relatie	56
effectief	17, 21
ego-defect	13
ego-structuur	15
empathie	14
evaluatie	35, 36, 43, 52
expressed emotion	13
extramuraal	10
face-lift	59
fallische fase	41
flexibel	53, 59
formeel beslismoment	50
frustratietolerantie	39
functieverlies	11
functionele psychose	10
fusie-angst	14
gedrag	18, 55
genetisch	38
gestandaardiseerd	36
groepsactiviteiten	22, 28, 30, 31
groepsgesprekken	15
hallucinaties	18, 24
hand-in-handbegeleiding	12
handicap	5, 11, 17, 20, 33 59
handleiding	8
hechtingsproces	12, 33
herstel	10

holding	12
Id	38, 40
identiteitsdiffusie	11
ik-functies, ego-kwaliteiten	11, 15
(individuele) sport	35
informeel beslismoment	49
integratieprobleem	11
intensief	13
intensieve zorg	10, 12, 14
Intensive Care (I.C.)-afdeling	3
intentie	9
inter-systemisch	40
intra-systemisch	40
intramuraal	10
intrusief	14
invaliditeit	10
inzet	56
isolatie	12
kliniekstaf	7
klinisch-psychotherapeutisch	7
levensproductief	17
libido	37
maatschappelijk werkende	54
maniform syndroom	10
medicatie	1, 6, 15, 17, 18, 20, 21
melancholiform syndroom	9
melancholische reactievorm	9
melkglazenwand	15, 19
micro-psychotische	10
milieu	13, 16, 17
multidisciplinaire vergadering	55
muziektherapie	15, 35
netwerkbenadering	52
non-verbale therapie	7, 15, 22, 24, 28
oedipale fase	42

onderhandelen	14, 53
ondernemende sociotherapeut	44 e.v.
ontwikkelingsinterferentie	32
ontwikkelingsstoornis	14
orale fase	41
overdracht	12
overdrachtsmanifestaties	43
paranoïd-hallucinatoir syndroom	9
paranoïd-schizoïde positie	9
paranoïde reactie	14
patstelling	14
prikkelarm	27
programma	18
prothesefunctie	12, 13
psychiatrisch	9
psycho-analytisch	7, 13, 14, 16
psychodynamisch	9
psycho-educatie	54
psychogene psychose	10
psychomotore	9
psychopathologie	6, 9, 10, 19
psychose	9, 10, 19, 24, 25, 27
psychose-afdeling	34
realiteitstoetsing	19, 24
recidieven	9, 10
reconstructief	13, 15, 17
regressie	11, 13, 14
rehabilitatie	11
resocialisatie-afdeling	34
ruimte(lijke aspecten)	11, 16, 24
rustgevend	11
safety	12, 34
schizofrene psychose	10
separatie	13, 15
sociale ordening	9

sociale consequenties	31
sociotherapie	12, 18, 20, 44, e.v.
sport	15
steunend	13, 14, 18
structurerend	13, 14, 22, 33
Super-Ego	33, 37
supportief	15, 16, 17
symbiotisch	33
sympathie	14
T.B.S.-verpleegde	46, e.v.
teamaanpak	56
tegenoverdracht	13
therapieresistent	55
tijd	9, 24
toestandsbeeld	10
transitional space	14
24-uursdiensten	57
variabele distantie	16
vaste begeleiding	34, 45
veiligheid	16, 27, 28, 34
vertrouwensrelatie	27
Very Intensive Care	14, 34
voorggrond	10
vorming	35
vraag	46, e.v.
wanen	18, 24
zorg	10, 22, 44, e.v.
zorgcoördinatie	34, 44, e.v.
zorgtrio	45

9. PERSONALIA.

J. Boelen is part-time non-verbaal therapeute van de psychose-afdeling.

A. Boersma was tot 1 oktober 1991 arts-assistente en verbonden aan de V.I.C.-afdeling Zuid V.

J. Booy is sociotherapeute van de psychose-afdeling.

R.J. de Bruine is afdelingshoofd van de psychose-afdeling.

Drs. S.U. Leeuwestein is Directeur Individuele Behandeling.

J.M. van der Mark was tot midden 1990 sociotherapeut en vervolgens (tot half oktober 1991) fungerend afdelingshoofd van Zuid 1 (later psychose-afdeling).

Dr. T.I. Oei, zenuwarts, is beleidspsychiater/ psychotherapeut en vervangt de Directeur Individuele Behandeling.