

## Een seclusion area als antwoord op eenzame isolatie

Bart Reynders

*“Uit het niets dagen plots een zevental verplegers op voor de deur van je kamer. Wat gebeurt er? Snel dringt het tot je door dat ze je komen halen voor isolatie. Je smeekt dat het niet hoeft, dat het echt niet nodig is. Maar tevergeefs, al wat je zegt, is voor dovemansoren bestemd. Het proces is in gang gezet, de beslissing is genomen. Er is geen weg terug. Protest en verontwaardiging gaan dit niet veranderen. De overmacht aan personeel maakt enig verweer zinloos en je beseft dat opstandigheid de zaak niet ten goede zal keren. Je ondergaat het en wordt overmand door een gevoel van machteloosheid. Dan volgt het onvermijdelijke ritueel: kleren uit, bril af, horloge uit, ring uit en tenslotte wordt er een wit kleed over je heen gedrapeerd. Je roept nog of die bril en horloge echt uit moeten. Het mag niet baten, je bent de grip op de situatie kwijt. Procedure is procedure. Deur op slot. Na enige tijd gaat de deur open. De verpleging komt de spuiten geven. Ik wil ze niet. Niets te protocollen. Kleed omhoog, eerste spuit in linkerbil, tweede in rechterbil.*

*In isolatie word je geconfronteerd met je eigen gedachten. Ze tolleren tegen hoge snelheid door je hoofd. Gedachten, herinneringen, beelden, gewaarwordingen, stemmen vloeien vliegensvlug door elkaar. De beeldenstroom stopt niet.*

*Uiteindelijk komt er een verpleger binnen die je aanmaant om nog wat pilletjes te nemen. Je vraagt hem vriendelijk of je een sigaret mag roken. Het antwoord is nee. Uit onmacht en onbegrepenheid scheld je hem de huid vol. De verpleger wordt angstig en sluit de deur opnieuw. Teneinde raad beuk je uit frustratie als een waanzinnige op je deur. Je ontbrandt in een woede die je nog nooit gevoeld hebt. Je wordt haatdragend. Het beest wordt wakker in jezelf. Je wilt eruit. Het gaat van kwaad naar erger. Je wordt agressiever en agressiever. Binnenin brand je op. Afgaand op dit gegeven besluit de verpleging dat fixatie noodzakelijk is. Daar lig je dan en het ergste is die plasbuis die ze rond je penis schuiven. Je wordt gekrenkt in je eer. Kortom vernederend, een vorm van ontmenselijking. Daar lig je dan vastgebonden aan armen, middel en benen, je kunt geen kant uit. Je probeert je los te rukken. Mission impossible. Je hart slaat op hol, je bloeddruk stijgt en de druk in je hoofd neemt toe. Je schreeuwt je stem schor omdat je vindt dat je onrechtvaardig behandeld wordt. Eigenlijk wou je alleen maar een sigaret roken. Je roept uren je onschuld uit.*

*De behandeling voelt erger aan dan het doormaken van de psychose.*

*Achteraf bleek dat ik te aanwezig was op de afdeling wat de goede werking in het gedrang kon brengen. Ik was te uitgelaten en gedreven, misschien zelfs wat te extatisch en eigengereid. Ze hadden de indruk dat dit verwarrend kon zijn voor een aantal medepatiënten. Alsook hadden ze het gevoel dat ik de zaak niet meer onder controle had. Ik vond geen rust, alles had betekenis. Het probleem was dat ik te benomen was door mijn waarheid waarbij mijn kritisch en nuancerings- vermogen grotendeels waren uitgeschakeld. Ik drong mijn gedachten en theorieën teveel op aan patiënten en verpleging. Het had misschien zelfs iets messiaans. Ik was te dominant aanwezig waardoor anderen in hun zijn zouden kunnen worden aangetast. Hoewel ik nooit zelf het gevoel heb gehad een gevaar te zijn geweest voor anderen of voor mezelf. Er zat in de fond niets kwaadaardigs achter. Ik denk dat het gevaar hem wat schuilt in de routine. Dat men je gaat zien als het zoveelste*

*geval van een acute psychiatrische patiënt. Een soort van objectivering van het unieke individu waardoor de mens op zich en zijn waardigheid wat in het gedrang komt. Terwijl het verhaal van de patiënt, hoe bizar soms ook, wat vergeten wordt. Tijdsdruk, onderbemanning, onvoldoend geschoold personeel vinden, demotivatie, financiële haalbaarheid, routine zijn misschien factoren die een meer persoonlijke benadering moeilijk maken.”*

Aan het woord is Geert die 8 jaar geleden naar onze afdeling verwezen werd vanuit een ander ziekenhuis omdat hij bij vorige behandelingen slecht reageerde op een bemeesterende en controlerende hulpverlening die erg moeilijk verliep. Hij werd naar onze afdeling verwezen omdat we op de afdeling proberen niet bemeesterend te zijn...en toch liep het ook bij ons mis. Ik vroeg Geert zijn ervaring op te schrijven omdat hij getraumatiseerd was en suïcidale gedachten had na onze behandeling. Zijn ervaring kon ons helpen en doordat zijn ervaring een plek kreeg, hielp het Geert ook. De getuigenis raakte ons diep. **Vier** zaken onthielden we uit de getuigenis van Geert en andere patiënten:

- 1) Dat we ondanks onze visie op de psychose toch meer symptoomreducerend en bemeesterend werkten dan we zelf dachten en we onszelf de vraag ‘waar zijn we toch mee bezig?’ op een meer fundamentele wijze moesten stellen.
- 2) Dat na the decade of the brain waarin tientallen miljoenen werden geïnvesteerd in beeldvorming en biologisch onderzoek er nog steeds geen uniforme evidentie bestaat omtrent vele claims betreffende schizofrenie. Bijvoorbeeld omtrent de idee dat het gaat om een hersenziekte, dat schizofrenie genetisch is, dat er een afname qua hersenvolume optreedt en dat medicatie unaniem deugdzzaam is. Zelfs omtrent de claim of schizofrenie überhaupt bestaat, bestaan twijfels. Steeds meer vooraanstaande wetenschappers beginnen vraagtekens te plaatsen en nuanceren ideeën die lang de basis vormden voor behandelingen;
- 3) Dat veel agressie waar we mee geconfronteerd werden te maken had met wat wij deden, eerder dan met de pathologie en dus iatrogeen is;
- 4) Dat we niet voorbij mogen gaan aan het verlangen van patiënten die een psychose doormaken om een subjectieve betekenis te kunnen geven aan hun psychotische crisis. Ervaringen in een psychose hebben dikwijls een erg belangrijke betekenis voor de persoon, niet zelden in de spirituele sfeer. Die ervaring wegzetten als waanzinnig of nonsens (in de zin van een non-sens, geen betekenis) ontkent de belangrijkheid van de subjectieve realiteit voor die persoon.

We besloten dat het niet langer kon dat we patiënten traumatiseerden en stelden dat een behandeling geen negatieve effecten mocht veroorzaken, laat staan het probleem nog verergeren. Reductie van dwang en agressie stonden voorop. Om dit te bereiken besloten we in te zetten op 3 zaken die ik kort ga bespreken:

- 1) Onze werking moet vertrekken vanuit een psychiatrisch model omtrent de psychose in de letterlijke zin van het woord, het gaat over de psyche of geest en het suffix – iatrie betekent in het Grieks genezing of therapie?
- 2) Wat is dan vanuit dit denken de finaliteit van een behandeling? En ten slotte
- 3) Hoe organiseer je dat en waarom is een seclusion area nodig? Aan het einde worden enkele cijfers over het effect van de seclusion area op eenzame isolatie geduid.

## 1). Hoe een psychose te begrijpen?

Een psychose is waarschijnlijk het meest verstorende dat een mens kan overkomen, elke vanzelfsprekendheid houdt immers op te bestaan. Kierkegaard wordt wel eens begrepen als de filosoof die het best begreep waar de psychose over gaat. Meerbepaald in zijn werken waarin hij zich afvraagt wat het betekent om iemand te worden, wat het is ons *zelf* te zijn. En ons zelf is, zo stelt Kierkegaard, een verhouding van de verhouding tot onszelf. In dit bestek ontbreekt het aan de ruimte om in te gaan op het eigene van Kierkegaards denken, maar hij stelt duidelijk dat we niet samenvallen met onszelf, en dat het zelf, onze identiteit zo je wil, een complexe verhouding is. We verhouden ons niet enkel tot onszelf, we verhouden ons ook tot onze omwereld, tot ons lichaam en onze affectiviteit en tot de ander. Het zijn vier verhoudingen<sup>1</sup> die ons maken tot wie we zijn. En het zijn die verhoudingen die in de psychose fundamenteel verstoord geraken waardoor de natuurlijke vanzelfsprekendheid van de wereld verloren geraakt.

De meeste psychoses vatten aan in de jong volwassenheid en dat is niet verwonderlijk, het is immers de eerste keer dat er wordt verwacht dat we vanuit ons zelf allerlei keuzes maken omtrent studie, seksualiteit, liefde, werk en dergelijke. In die keuzes drukken we uit wie we zijn. Als dat zelf -in de zin van die funderende verhoudingen- kwetsbaar is, ontstaat een ruptuur. Het is het 'er zijn' dat niet meer werkt, dat is het eigene van een psychose wat van de psychose een existentieel probleem maakt.

Wanneer wordt dan iemand opgenomen?

Op het moment dat de psychotische klachten zo groot zijn dat men niet meer in de wereld kan zijn zoals hij is of anderen je omwille van je waanzinnige gedrag niet meer verdragen, wordt men opgenomen. De wereld is met andere woorden niet meer dragend genoeg of de wereld verdraagt de psychotische patiënt niet meer. Die vaststelling maakt de eerste opdracht van een ziekenhuis duidelijk: we moeten hen een wereld aanbieden die hen opnieuw 'draagt' en verdraagt zodat er opnieuw stabiliserende verhoudingen tot stand kunnen komen.

## Volgende vraag is dan hoe die aanzetten gebruiken om tot een volwaardige behandeling voor psychotici te komen?

Pierre Delion heeft het in het werken met kinderen en patiënten die een psychose doormaken over de noodzaak van de drie forische functies: de forische, de semaforische en de metaforische functie. De forische functie is het fundament. Deze functie gaat over het klimaat of sfeer waarin de patiënt zich gedragen voelt, zowel door de fysieke omgeving als door de psychische aandacht van het team. In deze functie gaat het eerder over de muziek in de stem, hoe het ritme en de tonaliteit van wat we zeggen de patiënten op hun gemak kan

---

<sup>1</sup> Deze vier verhoudingen worden beïnvloedt door de driftmatigheid in ons. Zoals onder andere uitgedacht in de pathoanalyse en antropopsychiatrie van Jacques Schotte. Zie oa: Jean-Louis Feys L'anthropopsychiatrie de Jacques Schotte, une introduction.

stellen en de voorwaarden schept om tot betekenis te komen...net als ouders ten aanzien van baby's ook vooral de muziek van de stem gebruiken op het moment dat baby's nog niet ontvankelijk zijn voor linguïstische betekenissen. Deze functie tracht het 'ik' van de psychotische patiënt de juiste voorwaarden te geven om zich te versterken en ontwikkelen. Het gaat over een fysisch en psychisch vasthouden. Deze functie is dermate fundamenteel dat ze niet onderschat kan worden. Het gaat erom dat we een plek organiseren waar het lijden en de waanzin, wat wil zeggen 'dat wat nog geen gedeelde betekenis heeft gekregen', kan plaatsvinden. De forische functie veronderstelt ook een fysische, een concrete plaats waar mensen zich gedragen voelen. Hiervoor is veiligheid, warmte en gezelligheid essentieel. Anders dus dan de dikwijls nogal steriele afdelingen. De forische functie veronderstelt rêverie en de mensen die deze functie belichamen zijn best zo authentiek mogelijk en hebben de capaciteit om te mentaliseren. Intuïtie is onontbeerlijk als kompas, net als dit ondanks alle handboeken bij ouders ook zo is. Concreet betekent dit dat we ons constant bevragen of dat wat we doen de forische functie mogelijk dan wel onmogelijk maakt.

Als de forische functie gegarandeerd is, wordt de semaforische functie mogelijk, namelijk het gegeven dat er iemand is die dat lijden en de waanzin -die nog niet te begrijpen- zijn ontvangt en aanhoort. Het is als de schreeuw van een baby die vraagt om gehoord te worden.

De semaforische functie gaat over de noodzakelijkheid dat er een adres is waartegen men zich kan richten. Het gaat er om dat er iemand is, zowel fysisch maar ook met een psychische aandacht, ongeacht het begrip. Dit gegeven is een voorwaarde om tot een overdrachtelijke relatie te komen.

Vervolgens gaan we met al dat materiaal aan de slag, via intervisies, teamvergaderingen, *en stoemelings* verwerken en begrijpen we hortend en stotend iets van de psychotische crisis. Dit is de overgang naar de metaforische functie, namelijk het hele proces waarbij er *in* de overdracht of de relatie betekenis gegeven wordt aan datgene wat zich aandient en dit werk de crisis denkbaar maakt voor de psychotische patiënt (en de ander). Deze gedeelde betekenissen fungeren als een dam tegen de overspoeling.

Deze drie functies omvatten de voorwaarden om van een behandeling te spreken, namelijk een omgeving -en de mensen die daarin bewegen en elkaar ontmoeten- zodanig inrichten dat het mogelijk wordt om de 'nog niet gedachten' denkbaar te krijgen. De drie forische functies bewaken betekent dat we mensen net zo lang fysisch en psychisch 'houden' tot ze ons niet meer nodig hebben. Het zich gedragen voelen, het steeds blijven zoeken hoe contact mogelijk is, is een voorwaarde om therapeutisch te kunnen werken. De werkzaamheid van deze aandacht merken we op een gesloten opname-afdeling waar ook zonder een seclusion area het aantal incidenten, isolaties en fixaties daalt. De indruk bestaat dat dit sterk samenhangt met het gegeven dat zo'n houding betekent dat men minder

bemeesterend wordt en eerder, via de forische functies, begrip tracht te krijgen voor de psychotische crisis.

### **De laatste vraag is dan welke plek de seclusion area in dit denken inneemt?**

De seclusion area is een mini-afdeling binnen de afdeling. Het is een plek waar mensen afgezonderd van de rest rust kunnen vinden terwijl ze nog wel kunnen circuleren en het mogelijk is bij hen te blijven. De voorwaarde van circuleren is essentieel. Mensen moeten kunnen circuleren, als wij ergens niet graag zijn dwalen onze gedachten af, de mentale circulatie zorgt ervoor dat we in ons hoofd kunnen ontsnappen. We hebben nood aan een fysieke, dan wel mentale mogelijkheid tot escapisme. In de psychose lukt de mentale circulatie<sup>2</sup> vaak niet meer, daar wordt men overspoeld door stemmen of gedachten. Als je niet meer mentaal kan circuleren, is het essentieel dat je fysiek van ruimte kan veranderen. Het is beangstigend opgesloten te zitten in één ruimte met gedachten die je overvallen.

Daarnaast biedt de seclusion area ook een antwoord op de falende psychische huid waarmee men de afgrenzing tussen onszelf en de wereld aangeeft. Bij de ene is die dikker als bij de ander. In de psychose is die dikwijls afwezig. Ze zeggen soms dat iemand 'open' ligt, of je ziet iemand die zich met vele lagen kleding omhult, of iemand waant dat gedachten worden gestolen of net ingepland, of iemand draagt voortdurend oortjes met luide muziek...allemaal pogingen zich opnieuw af te grenzen van een wereld die overspoelend is. Als de psychische huid, die dus een afgrenzing is ten opzichte van de wereld, niet meer functioneert, is een afdeling met nog andere ontredderde mensen al snel overspoelend en dus eerder psychose-inducerend. Maar ook iemand die te intrusief ten aanzien van anderen kan daar een plek vinden waar je zowel de anderen deze intrusie onthoudt zonder de ander te traumatiseren via exclusie of eenzame opsluiting. Een seclusion area biedt hier het voordeel een prothese te zijn van deze psychische huid. Hoe dun of dik deze gemaakt wordt, kan gekozen worden. Zo kan iemand zich er afzonderen van de rest, maar iemand kan er ook met de deur open, slechts ter zijde afgezonderd, verblijven.

De seclusion area biedt de mogelijkheid om mensen waarvoor een afdeling de forische functie niet kan belichamen, toch een plek aan te bieden waar we erg individueel op zoek kunnen gaan wat hen helpt om zich veilig te voelen en wat ze nodig hebben om iemands aanwezigheid te verdragen.

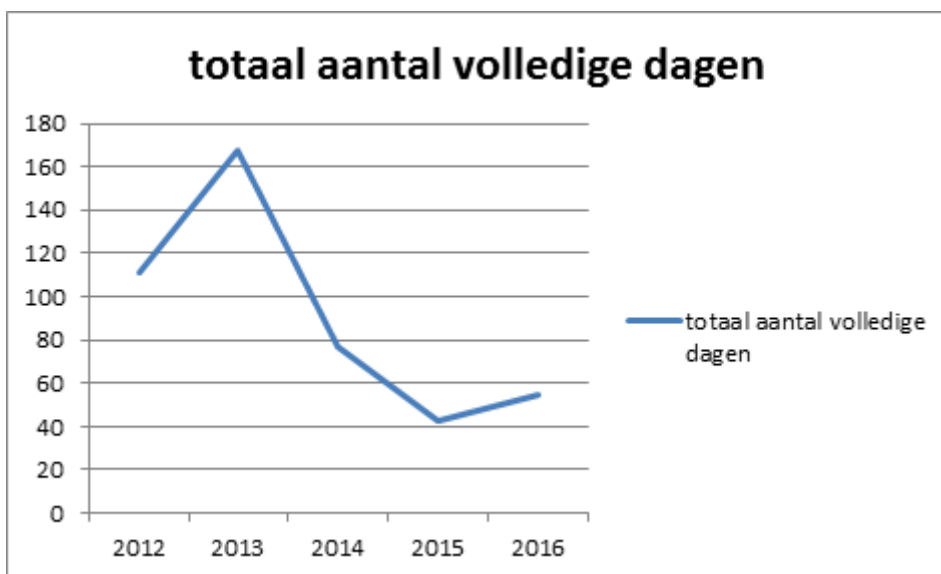
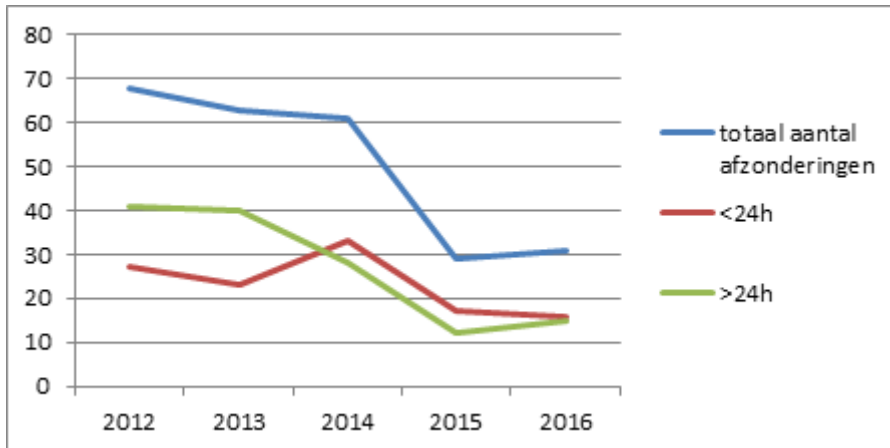
Een seclusion area maakt de forische functies ook in de ergste emotionele ontredde-ning mogelijk en voorziet in een tijdelijke prothese voor een falende psychische huid, dit terwijl er voortdurend nabijheid is. Want zeker in de diepste crisis, is het essentieel dat er iemand is in plaats van op dat moment afgezonderd en alleen te zijn.

---

<sup>2</sup> Cfr. l'automatisme mental van De Clérambault, het mentale apparaat dat buiten de wil van het subject het denken traverseert dan wel overneemt via intrusieve gedachten, hallucinaties,...

Want is het niet vreemd dat als je parameters in een algemeen ziekenhuis achteruit gaan je meer en meer zorg aan bed krijgt en je in de geestelijke gezondheidszorg bij achteruit gaande parameters je net minder zorg aan bed dreigt te krijgen?

### Wat is nu de impact van de seclusion area op het aantal isolaties en fixaties?



Zoals de grafieken aantonen, is er een sterk dalende trend betreffende aantal isolaties sinds we de seclusion area gebruiken. Qua aantal isolaties is er een daling van 50%, maar de meest belangrijke daling zien we bij het totaal aantal volledige dagen in isolatie. Hier zien we een daling van 165 naar 55 dagen wat neerkomt op een daling van 67%. Deze cijfers leiden ertoe dat we nu ook op de andere afdelingen voor mensen met een psychose een seclusion area voorbereiden. Onze mosterd voor de seclusion area haalden we overigens in Noorwegen waar het alleen laten van een psychiatrische patiënt in een isolatiekamer geldt als een beroepsfout waarvoor men ontslagen kan worden.

Naast de duidelijke meerwaarde zijn er uiteraard ook moeilijke zaken waar we op botsen.

- 1) Het is erg zwaar om langdurig in contact te blijven in een psychotische crisis, verpleging zegt dat het lood, maar dan ook loodzwaar kan zijn. Niet iedereen is daartegen opgewassen.  
Daarnaast is er een recht op bescherming dat iedereen geniet. Je moet mensen dus soms tegen zichzelf beschermen maar soms mensen ook tegen anderen. Dit maakt dat de opdracht van een ziekenhuis en de waanzin die ze moet herbergen soms voor onmogelijke eisen komt te staan...en dat weegt. Of zoals iemand het me onlangs zei: soms kan je als hulpverlener enkel kiezen welk trauma je gaat laten gebeuren...en dat op zich is ondraaglijk voor een hulpverlener, zeg maar een secundaire traumatisering.
- 2) Het is niet evident, tot soms onmogelijk om in de seclusion area voortdurend nabijheid aan te bieden gezien de geringe bestaffing (gemiddeld 2à3 roulementsmedewerkers die voor 20 à 30 patiënten zorgen).
- 3) Het is een vraag of het aantal isolaties niet nog minder zijn indien we kleinere afdelingen kunnen organiseren? Dikwijls wordt er voor grotere afdelingen gekozen vanuit economisch standpunt.
- 4) Op het punt waar we nu staan is het duidelijk dat de mentaliteitswijziging zich voltrekt, de nieuwe vraag die zich nu opdringt is op welke wijze autoriteit in zorg voor psychotische patiënten vorm moet krijgen. De horizontale of paternalistische werkt niet meer. Momenteel verkennen we het denken over de 'nieuwe autoriteit' zoals uitgewerkt door Haim Omer.

Daarnaast zijn er ook enkele kanttekeningen op vlak van de 'ruime' organisatie van onze hulpverlening:

1) Zo zijn onze gebouwen dikwijls opgetrokken vanuit het oogpunt van permanent toezicht en was gezelligheid en warmte zelden een criterium. Veelal stond het principe van het panopticum centraal wat betekent dat de blik van de ander onafwendbaar is;

2) Zo stelt een studie van itinera dat slechts 6% van het budget gezondheidszorg naar geestelijke gezondheidszorg gaat wat erg weinig is in vergelijking met onze buurlanden. Terwijl ondertussen 34% van de invaliditeit veroorzaakt wordt door psychische stoornissen. Bovendien tonen verschillende studies aan dat investeringen in geestelijke gezondheidszorg zichzelf terugverdienen.

3) Er gaat veel geld naar kwaliteitszorg, certificeringen, elektronische dossiers en allerlei administratieve eisen die voortkomen uit een verlangen tot bemeestering en controle. Er ontstaat een risico-avert systeem gedreven door een juridische logica en een instrumenteel-technisch denken. Die visie staat dikwijls haaks op therapeutisch werken. Het is moeilijk om in die 'sfeer' personeel én patiënten de nodige ruimte te geven waarin vertrouwen kan ontstaan, waarin beroep kan gedaan worden op intuïtie, waarin de bewezen werkzaamheid van een therapeutische relatie zijn volle bestaansrecht krijgt, waar goed doordachte risico's genomen kunnen worden en we de ontredde die met de psychopathologie gepaard gaat niet beteugelen met allerlei dwangmaatregelen.

Er is dus een brede cultuuromslag nodig, tot het juridische toe. Want humane zorg vereist een inbedding die ook juridisch gehonoreerd wordt. Want vanuit juridisch oogpunt ben je 'veiliger' als je bemeestert en controleert, dan als je humane zorg verleent waarin je ruimte

en vertrouwen schenkt. Enkel als we die complexiteit zien en verzorgen zal het ons lukken niet enkel minder dwangmaatregelen te gebruiken maar ook een kwalitatieve en meer humane zorg uit te bouwen.