

# De Grote Kuil

## Patient staff meeting op de afdeling KPA

Kirsten Catthoor is jeugdpsychiater en -psychotherapeut KPA.

De *patient staff meeting* is waarschijnlijk een van de meest bekritiseerde vormen van werken met klinische groepen (Van der Linden, 1993). In de literatuur worden afwegingen gemaakt tussen voor- en nadelen. Turquet (1975) deelt de mening van de belangrijkste Kleiniaanse auteurs, dat ongestructureerde grote-groep situaties een bedreiging vormen voor de identiteit van het individu, omdat op iatrogene wijze een tekort aan voedende en bevestigende zelf-objecten geïnstalleerd wordt. Om het zelfgevoel te herstellen ontstaan compensatoire mechanismen als de narcistische woede, die naar de groep geprojecteerd wordt. Daarom zal die groep als nog gevaarlijker gepercipieerd worden (Main, 1975). Anderzijds heeft onderzoek uitgezeten dat patiënten hoop hoog plaatsen op de lijst van therapeutisch werkzame factoren (Hoge & McLoughlin, 1991). De voortdurende feedback-stroom vanuit de grote groep tijdens een patiënt-staf bijeenkomst biedt veel informatie over de gunstige evolutie van patiënten, wat hoop geeft en het systeem mee stabiliseert. Druck (1982) noemt de *patient staff meeting* een van de belangrijkste groepsinter-

acties in de therapeutische gemeenschap, omdat ze een vanuit de staf georganiseerde mogelijkheid biedt om elkaar te ontmoeten, en om de cultuur van grenzen en normen mee te bewaken. Een algemene discussie over dé patiënt-staf bijeenkomst is echter weinig zinvol, omdat die strikt genomen niet bestaat. De vorm van deze bijeenkomst wordt immers bepaald door de setting en de doelstellingen van de setting (Voorhoeve & Huitema, 1996).

De *patient staff meeting* op de afdeling KPA is een integratieve mengvorm van de individuele en gemeenschappelijke benadering, zoals in de literatuur beschreven. Enerzijds de gemeenschapsvergadering als forum, als gestructureerd besprekingsmoment voor dingen die de hele afdeling aanbelangen, waarbij we tegelijkertijd proberen de impact ervan terug te koppelen op een voor patiënten begrijpelijke manier (Whiteley, 1975, Kernberg, 1984).

Anderzijds de gemeenschapsvergadering als overleg om probleemdomeinen tussen patiënten en staf te identificeren en op te lossen (Gilman, Russakoff & Kibel, 1987). En last but not least de gemeenschapsvergadering als complementaire therapie voor

het individuele behandelplan van elke patiënt (Springman, 1975, Rosie & Azim, 1990). Deze therapie aspecten zullen in de tekst duidelijker worden.

Op de afdeling Klinische Psychotherapie voor Adolescenten worden jongeren behandeld tussen 14 en 19 jaar, waarbij problemen in hun identiteits- en persoonlijkheidsontwikkeling zijn vastgesteld. Als belangrijkste curatieve factoren van intensieve groepspsychotherapie bij adolescenten worden genoemd: het wekken van hoop, het geven van informatie, het voortdurend leren van elkaar, de corrigerende recapitulatie van het primaire gezin, en de mogelijkheid te praten over existentiële factoren (Corder e.a., 1981). Sinds enkele jaren is er op onze afdeling Klinische Psychotherapie voor Adolescenten wekelijks de 'Grote Kuil', een *patient staff meeting* waaraan alle patiënten en aanwezige stafleden deelnemen. Deze wekelijkse bijeenkomst wordt door de hele staf als zinvol en belangrijk beschouwd, en aan wat er tijdens deze vergadering wordt besproken, wordt groot gewicht geheggen. Maar is het inderdaad zo therapeutisch werkzaam en cohesiebevorderend als wij willen geloven? Of is een grote gemeenschapsvergadering op een jeugdafdeling eigenlijk tegenaangewezen? Staan de doelstellingen van een *patient staff meeting* en de curatieve factoren van een residentiële groepspsychotherapie met adolescenten niet diametraal tegenover elkaar? In dit artikel zal ik beschrijven hoe de Grote Kuil in zijn werk gaat, en proberen een antwoord te

formuleren op de vraag hoe wij vanuit onze referentiekaders een therapeutische meerwaarde halen uit deze patiënt-staf bijeenkomst.

### **Milieutherapie**

Het behandelmodel van de KPA is integratief en multidisciplinair, waarbij psychotherapie, sociotherapie, vaktherapie, gezinstherapie en school de hoofdrol spelen. De psychotherapie, met elementen vanuit psychoanalytische, groepsdynamische en cognitief-gedragstherapeutische hoek, komt elders in dit blad aan bod (Van Gerwen & Sebregts). Op de afdeling is de milieutherapie het 'cement' tussen de verschillende behandelonderdelen.

Milieutherapie is voor de jeugdafdeling het creëren van een gezonde en constructieve behandelomgeving, met de bedoeling de interacties tussen de patiënten onderling en de staf goed te laten verlopen, zodat de psychotherapeutische behandeling van de opgenomen jongeren gefaciliteerd wordt. De spelregels voor het behoud van deze veilige behandelomgeving liggen vooraf duidelijk vast, en iedereen die bij het behandelmilieu betrokken is, kent ze en is bereid ernaar te handelen. De verantwoordelijkheid voor het bewaken van dit therapeutische milieu ligt bij alle deelnemers van het therapeutische gebeuren, jongeren en stafleden, en niet alleen bij de milieutherapeut die daarvoor aangesteld is. De milieutherapeut geeft daarnaast informatie over interacties die de samenwerking bepalen, signaleert trends in de behandelrelaties,

bewaakt de psychohygiëne en ondersteunt de behandelteams. De communicatie binnen dit geïntegreerde model is van essentieel belang. Het is eveneens cruciaal voor de jongeren dat de hoofdlijnen, de eerder genoemde spelregels, vaststaan en dat ze hierover niet meebeslissen. De spelregels gaan over therapiedeelname in het vastgestelde therapieprogramma, de bereidheid tot openheid en zichzelf in vraag stellen, het willen accepteren van confrontaties en aangaan van werkallianties met elkaar en met de staf. Verantwoordelijkheid nemen in de groep en de gemeenschap, geen drugs gebruiken, geen seksualiteit met medepatiënten, geen zelfbeschadigende acties ondernemen of zelfmoordpogingen doen behoren eveneens tot de milieutherapeutische werkafspraken. Afwijkend gedrag van deze afspraken wordt bij voorkeur door sociale analyse binnen de gemeenschap gesignaleerd en teruggekoppeld. De communicatie hierover is kort, helder en duidelijk, met respect voor de persoon die aangesproken wordt. Wij vinden het, gezien het belang van sociaal leren bij jongeren, belangrijk dat de realiteitsconfrontatie van het afwijkende gedrag vooral in de context van de gemeenschap plaatsvindt.

### Situering

De kuil in het woongebouw van de patiënten is een grote, vierkante verlaagde ruimte, omzoomd door twee trapjes. Op deze 'trapzitzjes' kunnen alle veertig opgenomen jongeren en enkele stafleden plaats nemen, en wordt een 'overlegforum' gevormd.

Dagelijks is er op deze plek een afsluitend therapeutisch overlegmoment tussen de sociotherapeutenstaf en de jongeren. Er wordt besproken welke belangrijke dingen van die dag nog wat extra aandacht verdienen, zoals grensoverschrijdingen en samenwerkingsproblemen. Ook de avondactiviteiten (zoals levend Stratego, videofilm, sport etc.) worden er aangekondigd.

Eenmaal per week is er Grote Kuil, onze *patient staff meeting*, waaraan naast alle jongeren en de milieutherapeut die de leiding heeft over deze vergadering, ook zo veel mogelijk andere stafleden deelnemen. Vaak telt de Grote Kuil in totaal meer dan 50 deelnemers. De Grote Kuil wordt door de staf niet in een apart overleg voorbereid in strikte zin, omwille van rooster-technische aspecten. Wel worden op de dag van de grote gemeenschapsvergadering een aantal mogelijke onderwerpen genoemd tijdens het reguliere stafoverleg. De mogelijke topics voor de Grote Kuil zijn meestal reactief op het toestandsbeeld van de jongerengemeenschap en de heersende sfeer op de afdeling, maar deze topics komen niet noodzakelijk ook feitelijk aan bod. De voorzitters Huisoverleg, de democratisch verkozen voorzitters van de afdelingspatiëntenraad, kunnen die dag ook hun onderwerpen aan de milieutherapeut te kennen geven. De Grote Kuil duurt een half uur, en bij aanvang wordt door de milieutherapeut geïnventariseerd of iedereen aanwezig is, wie zich heeft afgemeld, en geïnformeerd bij de patiënten welke mogelijke onderwerpen ter bespreking zijn. Op dat moment bepaalt de milieutherapeut welke onder-

werpen aan bod komen, en in welke volgorde; hij houdt zich verder zo veel mogelijk op de achtergrond, om het therapeutische proces dat op gang komt te bewaken, en de dynamiek te begrijpen. Zo kan de aanwezige dynamiek in de nabespreking aan de orde komen en tot therapeutische interventies bij de sociotherapie en in de groepspsychotherapie leiden. De milieutherapeut vervult in die zin de rol van 'leider', uit het model van de explorerende afdelingsvergadering van Greene en Johnson (1987), met als belangrijkste taak de centrale organisatie en de grensbewaking van de grote groep. De nadruk hierbij ligt op het vasthouden van een realistische representatie van de groep als complex sociaal geheel. Om die reden hebben we het meer gestructureerde karakter van de vergadering, waarbij jongeren het woord aan de milieutherapeut moesten vragen, vervangen door een vrijere vorm, waarin ze zelf het initiatief nemen om te praten en elkaar de ruimte geven om dat ook te doen. De oorspronkelijke schoolse vorm van de Grote Kuil was geïnstalleerd om structuur in de vergadering te kunnen houden en om een evenwichtige verdeling van de aandacht tussen de patiënten te bewaren. We besloten tot een vrijere vorm om patiënten meer verantwoordelijkheid te kunnen geven en meer vrije associatie toe te laten. Tot onze verrassing werkt de nieuwe vorm beter, wellicht omdat de concurrentie om het woord te krijgen spanningsverhogend en frustratie-inducerend werkt. Feitelijk gaat het in de Grote Kuil vaak over individu- en groepsoverschrijdende, afdelings-relevante

thema's, zoals de samenwerking met de staf, de afdelingscultuur, de betekenis van feestdagen en grote afdelingsactiviteiten (zoals het kamp en andere buitenprojecten). Vaak zien we dat de Grote Kuil ook gebruikt wordt om een heleboel andere dingen aan de orde te stellen, waarbij de achterliggende motieven en betekenissen op het eerste gezicht onduidelijk zijn. Hierop kom ik later nog terug.

## **Inhoudelijke bespreking**

### *Informatieforum*

Het grootste voordeel van grote-groep bijeenkomsten is het delen van informatie over de gemeenschap (Edelson, 1970, Karterud, 1993). Iedereen wordt bereikt en kan geïnformeerd worden. Dit zowel over gebeurtenissen die de dynamiek van de afdeling significant en positief beïnvloeden, als over moeilijke en verstoorde percepties, angsten en onuitgesproken boosheid. Dit is op de jeugdafdeling niet anders. We gebruiken de Grote Kuil om aan patiënten mededelingen te doen die de hele afdeling betreffen en wellicht voldoende oproepen om er in de vergadering mee aan de slag te gaan. Meteen kan de Grote Kuil als thermometer fungeren voor het afdelingsklimaat, en voor de beleving ervan bij de patiënten. De grote-groep is veiliger om irritatie en agressie te uiten, omdat beleefd wordt dat er voldoende deelnemers zijn om in te grijpen wanneer dat zou nodig blijken (Springmann, 1975).

*Omwille van uiteenlopende omstandigheden, besluiten enkele stafleden om in een*

andere baan te stappen. Dit resulteert in het aanwerven van nieuwe psychotherapeuten, ook vanuit Vlaanderen, en het herschikken van de psychotherapeutenstaf over de verschillende groepen. In de Grote Kuil wordt meegedeeld dat enkele mensen een nieuwe baan hebben, en dat zij op korte termijn afscheid zullen nemen. Voor de meeste patiënten is dit een donderslag bij heldere hemel. Ze hadden dit nooit verwacht, en verwoorden dit ook letterlijk. Het herinnert hen aan de pijnlijke scheiding van hun ouders, het gevoel in de steek gelaten te worden, de angst voor het tekort aan zorg en investering door de staf. De milieutherapeut benadrukt in deze bijeenkomst dat we als staf zo zorgvuldig mogelijk zullen kijken hoe de vervanging kan plaatsvinden zonder schade aan de behandeling te veroorzaken. De jongeren durven in eerste instantie niet te zeggen dat ze boos of teleurgesteld zijn en zich afgewezen voelen. Iemand vraagt plots hoe we als staf in de toekomst zullen omgaan met drop-outs van patiënten op de afdeling. Ze voelen zich gefrustreerd dat ze de laatste periode veel inspanningen hebben geleverd voor nieuwe patiënten, die na korte tijd besloten om de behandeling toch geen kans te geven. We krijgen als staf het gevoel dat we niet in staat zijn een coherent geheel van de afdeling te maken, en dat patiënten onvoldoende continuïteit en veiligheid ervaren, wat ze ons kwalijk nemen. Een staflid verwoordt dit gevoel, en vraagt of iemand daar iets over wil zeggen. Een assertieve jongen antwoordt met een wedervraag, of bij de nieuwe stafleden

'Belgen' zullen zijn. Het laatste jaar zijn er immers nogal wat Vlamingen komen werken op de afdeling. Onmiddellijk ontstaat een levendige discussie, of de opleiding in Vlaanderen moeilijker of gemakkelijker is dan in Nederland, en of de Vlamingen wel goed genoeg zijn om op de jeugdafdeling te werken.

Voor- en tegenstanders van 'gastarbeiders' mengen zich in het debat, maar wat als absolute prioriteit wordt genoemd, is de bekwaamheid van de therapeut. En meteen hebben ze zo antwoord gegeven op onze vraag: er is nog voldoende soepelheid om te wennen aan een nieuwe staf, wanneer de behandeling van de jongeren centraal staat en deze de therapeuten aan het hart gaat.

#### Monitoren van het klimaat

Main (1983) noemt de cultuur van het bevragen een fundamentele en essentiële basis voor de therapeutische gemeenschap. De gemeenschapsvergadering als specifiek therapie-element is uitermate geschikt om het bevragen van elkaar als cultuur te bestendigen. Modelgedrag van de staf is daarbij een eerste vereiste. Veel patiënten hebben immers grote weerstand om open en vrij te communiceren, ze worden belemmerd door tegenstrijdige zelf- en objectrepresentaties. In de *patient staff meeting* worden de kwetsbaarheden van de staf openlijk duidelijk: hoe eerlijk en moedig zijn ze, wat is hun integriteit, tolerantie en toewijding, hoe containen ze tegenoverdrachtsgevoelens? Het is duidelijk dat in de *patient staff meeting* de staf vaak onder vuur genomen wordt, wat betreft afspraken

die onvoldoende nagekomen worden, communicatiemisverstanden en (in)competenties. Het wordt allemaal ook wat scherper en uitdagender verwoord dan in kleinere groepen met één therapeut. Hoe de staf zich als geheel profileert en hoe ze met elkaar deze kritiek verwerken, wordt met argusogen gevolgd. Voor jongeren biedt beperkte persoonlijke en volledige therapeutische transparantie van identificatiefiguren veiligheid en kunnen deze eigenschappen meer basisvertrouwen installeren. In de Grote Kuil proberen we dit te benadrukken en zo nodig uit te leggen. Bell en Ryan (1984) hebben vijf basisvoorwaarden beschreven, noodzakelijk om een grote-groep bijeenkomst therapeutisch te maken. Het gaat vooral om het gemeenschapsgevoel, behoud van waardigheid en respect in een open systeem, bevestiging van de bestaande cultuur, wederkerigheid in relaties en een therapeutisch commitment.

*In de Grote Kuil wordt het 'pizza-incident' besproken. Enkele jongeren hebben 's nachts pizza besteld bij een pizzatent in het dorp, en de bestelling werd met een scooter op het terrein van De Viersprong geleverd. Door het raam van de kamer van een betrokkene met een speciaal sleuteltje te openen, kon de bestelling aangeleverd en betaald worden. Dit is verschillende malen gebeurd, vooraleer iemand van het pizzaclubje de moed had het open te bespreken. In de gemeenschap brengt dit verhaal veel teweeg. Veel jongeren voelen zich belazerd omdat er een schaduwcultuur is gecreëerd, en er geen openheid was. Hun voornaamste*

*klacht is dat de basisprincipes van de milieutherapie met voeten worden getreden. De staf wordt onder vuur genomen omdat we te laks optreden tegen dergelijke ernstige overtredingen. Een staflid vraagt zich luidop af of het geen leeftijdsadequaate en gezond adolescentengedrag is: dingen doen die strikt genomen niet mogen, maar die wel spannend zijn en op zichzelf onschadelijk. Een meisje dat bijna aan het einde van haar behandeling is, vertelt hoe ze sterke vermoedens had over het pizza-gebeuren, en daar ook een aantal betrokkenen over aangesproken heeft. Zij voelde zich echter genadeloos afgemaakt door de opmerking dat haar vraag een uiting was van haar problematisch wantrouwen. Nu ze hoort dat ze gelijk had, is ze gekwetst en boos, vooral omdat haar problematiek werd misbruikt als argument in een doofpotaffaire. Veel jongeren zijn woedend, en ook bij de staf komen negatieve tegenoverdrachtsgevoelens tegenover de betrokkenen aan de oppervlakte, omdat ze zich ook belazerd voelen en niet open benaderd. Er dreigt een vertrouwenscrisis bij patiënten en staf, hoe kan dit ooit weer goed komen? In de discussie van de volgende weken komen nog meer grensoverschrijdingen aan het licht. De stafleden, aanwezig in de Grote Kuil, laten zich niet verleiden tot uitspraken waarbij patiënten zich afgewezen of vernederd kunnen voelen, ondanks de ernst van de feiten en hun eigen boosheid. Uiteindelijk bereiken we de consensus dat het eten van pizza op zich niet ondermijnend is, maar wel het vormen van elitaire subgroepjes, het systematisch geen openheid geven en ande-*

*ren daarover onder druk zetten, waardoor werkrelaties aan betekenis inleveren.*

*Het pizza-incident is de start geweest van een periode waarin er bij patiënten en staf vernieuwde aandacht was voor openheid, elkaar aanspreken en de milieutherapie in het algemeen.*

### *Sociaal leren*

In de populatie jongeren waar wij mee werken gebeurt het dat latente innerlijke conflicten geactiveerd en geïntensiveerd worden in het sociale systeem. De reden hiervoor is dat patiënten externe recipiënten zoeken om afgesplitste en geprojecteerde delen van zichzelf in te deponeren. In de gemeenschapscène wordt een eindeloze rij gecreëerd van helden, daders en slachtoffers. Deze terminologie vanuit de Transactionele Analyse (James & Jongeward, 1997) wordt vaak gebruikt om patiënten interacties uit te leggen. De stafleden geven vaak extra kleur aan processen van projectie, door collectieve tegenoverdrachtsreacties op appellerend en uitdagend patiëntengedrag. Dit niet bespreekbaar stellen in de *patient staff meeting*, omdat het oncomfortabel is of moeilijk, is weinig therapeutisch. Het vermijdingsgedrag van de staf kan gezien worden als een restrictieve grote groepsooplossing (Whitaker & Lieberman, 1964). Het leidt tot overspoelende angst en dient alleen de bestaande en hardnekkige weerstand. De motieven om te vermijden zijn vaak menselijk en begrijpelijk: schaamte, vernedering, angst om controle te verliezen. Het is de taak van de milieutherapeut om deze mechanismen tijdens stafmo-

menten bespreekbaar te stellen, en aan te moedigen om er toch mee aan de slag te gaan in de Grote Kuil. In die zin gaan we akkoord met de stelling van Klein en Brown (1987) dat de *patient staff meeting* een open systeem is met permeabele grenzen, betrokken in een voortdurende interactie met de omgeving, en waarin therapeutische doelstellingen primair zijn. Naast de beschreven *patient staff* interactie, dienen we ook rekening te houden met regressie. Vooral Kleiniaanse auteurs zijn van mening dat een grote groep een sterke mate van psychologische regressie teweegbrengt, zelfs 'psychotische regressie', met het vervagen van ik-grenzen en verzwakken van de persoonlijke identiteit. Dit brengt op zijn beurt primitieve afweer als projectie, projectieve identificatie, introjectie en splitting mee, wat in het sociale systeem kan escaleren. Ook hier is een belangrijke rol weggelegd voor de staf.

*Een patiënte die al ver gevorderd is in haar behandeling, schrijft in een mededeling aan de staf dat ze zich in de gemeenschap steeds onveiliger gaat voelen door het gedrag van een mannelijke medepatiënt. Ze herkent in hem het dadergedrag van haar pleegbroer, die haar jarenlang seksueel misbruikte. Vrij snel wordt duidelijk dat er op de afdeling seksuele omgang is tussen verschillende jongeren. Wanneer we aan een aantal betrokken patiënten openheid en helderheid vragen, krijgen we van hen ambivalente schriftelijke mededelingen. Enerzijds zijn ze soms van zuiver pornografische aard, wat bij sommige stafleden plaatsvervangende*



schaamte oproept, anderzijds lezen we ook dat er tussen die jongen en een aantal meisjes een spel van verleiden en uitdagen aan vooraf is gegaan, waarbij grenzen vervaagd zijn, en waarin ook de meisjes een duidelijk aandeel hebben gehad. Omwille van de complexiteit van de situatie, en omwille van de schaamte die de grenzeloze seks oproept, besteden we hier in stafmomenten ruim aandacht aan, maar we aarzelen als staf om het onderwerp in de Grote Kuil aan te snijden. We besluiten het toch te doen, omdat de veiligheid van de therapeutische gemeenschap op het spel staat. In de Grote Kuil valt de machteloosheid van getraumatiseerde patiënten op, ze durven nauwelijks iets in te brengen, en laten anderen het verloop van de bijeenkomst bepalen. De staf merkt hun angst voor herhaling en de resulterende collectieve regressie. De betrokken meisjes maken het voor de getraumatiseerde patiënten nog moeilijker door hun eigen aandeel te erkennen, en toe te geven dat ze hun eigen seksuele grenzen onvoldoende hebben geëxploreerd om de seksuele interacties tijdig een halt toe te roepen. De andere jongeren, niet rechtstreeks betrokken bij het incident, wijzen de betrokken jongen met de vinger. Er ontstaat een dramadriehoek, met de jongen als dader, de getraumatiseerde meisjes als slachtoffer, en de rest van de gemeenschap en een aantal stafleden als aanklager. Daarnaast zien we de mannelijke patiënt worstelen met zijn infantiele, narcistische verlangens. Hij wil bijzonder zijn voor de meisjes, maar slaagt er niet in op een mature en leeftijdsadequate manier relaties aan te knopen.

Zijn onvermogen staat voorop, wat ook de reden van opname is geweest.

De staf in de Grote Kuil is verscheurd door de situatie: het lijden van beide partijen is groot en het zou absoluut onprofessioneel zijn een kant te kiezen. We proberen alle nuances van de seksuele interactie aan bod te laten komen, en tegelijk te benadrukken dat we het onveiligheidsgevoel bij de getraumatiseerde patiënten erg invoelbaar vinden. Na deze patiënt staf meeting blijkt het voor de veiligheid van de afdeling onmogelijk de mannelijke patiënt nog langer in de gemeenschap te houden. Een aantal stafleden wil niet meer met deze jongen werken, vanuit hun eigen onveiligheidsgevoel en de idee dat de behandeling, en dus hun eigen inspanningen, te weinig hebben opgeleverd. Ontslag wordt aangezegd.

#### *Democratische besluitvorming*

Van oudsher wordt democratische besluitvorming in een therapeutische gemeenschap hoog in het vaandel gedragen (Rapoport, 1960). Kernberg (1982, 1984) formuleerde daar later een aantal vragen bij. Enerzijds kan dergelijke besluitvorming tot rolvervaging, onduidelijkheid rond de behandelverantwoordelijkheid en vragen bij de professionele autoriteit leiden, waardoor de afdeling in het slechtste geval naar een democratische tirannie evolueert. Anderzijds stemt het verzamelen van informatie en meningen in de aanloop van resultaatgerichte, democratische besluitvorming niet overeen met het explorerende en dynamische karakter van de patiënt-staf bijeenkomst. In onze Grote Kuil worden,



analoog met de kritiek van Kernberg, geen besluiten genomen. Patiënten weten dat het geen democratisch platform is, waar ze hun slag kunnen binnenhalen. De onderwerpen die de jongeren aansnijden, worden wel altijd zorgvuldig beluisterd en besproken, maar we koppelen er in eerste instantie geen gevolgen aan. We geven een aantal therapeutische bedenkingen terug, waarbij steeds centraal staat hoe het aangeraakte onderwerp het functioneren van de gemeenschap mogelijk kan beïnvloeden. Het valt op dat onze jongeren de ambivalentie die zo ontstaat, goed kunnen verdragen en het uitstellen van een besluit probleemloos accepteren. Wanneer een vraag of onderwerp prominent op de voorgrond blijft staan, nemen we het mee naar het beleidsteam, bespreken het daar, en delen het besluit in een volgende Grote Kuil aan de jongeren mee.

*Hoewel onze klinische psychotherapeutische behandeling voor jongeren vooral een naar binnen gerichte behandeling is, met aandacht voor het aan de slag gaan met elkaar; kunnen we er niet omheen: GSM, computer met e-mail en chat behoren zo tot de leefwereld van de jongeren dat het zeer wereldvreemd zou zijn om ze volledig buiten de gemeenschap te houden. Er zijn duidelijke afspraken wanneer jongeren hun telefoon kunnen gebruiken, en wanneer en hoe lang ze de afdelingscomputer ter beschikking hebben. Als de jongeren de afspraken met voeten getreden hebben, krijgen ze een duidelijke vooraf afgesproken sanctie. Wanneer op verzoek van de*

*patiënten in de Grote Kuil een 'schoon schip actie' wordt gehouden, het opbiechten van regelovertredingen die tot dan toe in de schaduw bleven, blijkt de telefoonregel dagelijks verschillende malen overtreden te worden. Er komt een discussie op gang over mogelijke oorzaken. De argumenten die patiënten aandragen zijn redelijk en begrijpelijk. Vaak is er tussen 16.30 uur en 17.00 uur wat vrije tijd, en is er de mogelijkheid om officiële instanties te bellen, maar dat kan niet met de mobil omwille van de telefoonregel. Ze moeten dan aan de staf vragen om een telefoon van de afdeling te gebruiken en dat verloopt zelden vlot. Omdat we zelfstandigheid en initiatief van patiënten willen stimuleren, lijkt het logisch dat ze meer telefoontijd ter beschikking krijgen. We nemen de kwestie mee naar het beleidsteam, waar besloten wordt de telefoontijd tot een uur per dag te verlengen, van 16.30 uur tot 17.30 uur.*

#### *Andere doelstellingen*

Jongeren kunnen in de Grote Kuil soms ook gewoon 'babbelen', ze hebben het over banale dingen, die ogenschijnlijk niets met de behandeling te maken hebben. Ze houden het lang vol om het over een verloren fietssleutel tje te hebben, het tv-programma van de vorige avond, het aantal potten pinda's op tafel. Bij sommige stafleden wekt dit irritatie op, en er worden pogingen gedaan om het achterliggende conflict op te zoeken. Ik ben het echter eens met Hummelen (1993) dat dit soort interventies vaak niet begrepen wordt door kwetsbare patiënten, en leidt tot een toename van

angst. Dit babbelen gebeurt vaak in grote groepen met veel 'nieuwe' jongeren, waar de cultuur in opbouw is. Het babbelen heeft dan een structurerende en integrerende functie, en we laten het bestaan, omdat dit leidt naar een meer cohesieve groep die diepgaander aan de slag kan.

## Besluit

De Grote Kuil is een wekelijkse, verplichte therapeutische activiteit in het programma Klinische Psychotherapie voor Adolescenten. Het is een ingewikkelde en belastende therapie, zowel voor stafleden als voor patiënten, maar het levert veel op voor de behandeling van de jongeren. Het helpt de patiënten onder meer om de cultuur van de behandelingsetting in stand te houden, om op een opbouwende kritische manier vragen te stellen over de werking van de afdeling en de positie van therapeuten, en om in dialoog te gaan met elkaar in een grote groep. Op deze manier ontstaat ook de mogelijkheid op een open en transparante manier afdelingsproblemen te bespreken met een ruime stafgroep, die de conclusies vanuit de *patient staff meeting* altijd ernstig neemt en er zo nodig consequenties aan koppelt, zoals beleidsaanpassingen. Wanneer patiënten geconfronteerd worden met een afdelingsoverschrijdend conflict, stellen ze het als vanzelfsprekend meteen aan de orde in de volgende Grote Kuil. Deze trend leert ons dat patiënten de patiënt-staf bijeenkomst als een zinvolle en therapeutische activiteit ervaren, waar ze weinig weerstand tegen hebben en niet bang voor zijn.

De ervaring heeft bewezen dat de grote gemeenschapsvergadering niet alleen therapeutisch werkt, maar ook cohesiebevorderend is. De kritiek dat een grote groep vergadering voor ik-zwakkere patiënten onveiligheid creëert en hun identiteitsopbouw compromitteert, mag uiteraard niet verwaarloosd worden. Om die reden laten we babbelen toe in een groep waar veel nieuwe, jongere en ik-zwakke patiënten aanwezig zijn. De staf grijpt in wanneer confrontaties te heftig zijn en wanneer angst te hoog oploopt. Op de afdeling Klinische Psychotherapie voor adolescenten is de Grote Kuil een vast onderdeel in het therapierooster en we twijfelen er niet aan om dit zo te houden.

## Literatuur

- Bell, M.D., Ryan, E.R. (1984). The therapeutic community meeting: Theory and technique. *International Journal of the Therapeutic Community*, 5, 25.
- Cohn, N. (1982). Patient staff meeting, een aanzet tot meer duidelijkheid. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 6, 640-652.
- Corder, B.F., Whiteside L., Haizlip, T.M. (1981). A study of curative factors in group psychotherapy with adolescents. *International Journal of Group Psychotherapy*, 31, 345-254.
- Daniels, D., Rubin, R. (1968). The community meeting: An analytical Study and a Theoretical Statement. *Archives of General Psychiatry*, 18, 60.

Druck, A. B. (1982). The role of the psychoanalytic oriented psychotherapist within a therapeutic community. *Psychiatry*, 45, 45-59.

Edelson (1970). *Sociotherapy and Psychotherapy*. Chicago: University of Chicago Press.

Gilman, H.E., Russakoff, M.L., Kibel, H.D. (1987). A bipartite model community meetings: The separation of tasks. *International Journal of the Therapeutic Community*, 8, 131.

Greene, L.R., Johnson, D.R. (1987). Leadership and the structuring of the large group. *International Journal of the Therapeutic Community*, 8, 99.

Hoge, M.A., McLoughlin, K.A. (1991). Group psychotherapy in acute treatment settings: Theory and Technique. *Hospital Community Psychiatry*, 42, 153.

Hummelen, J.W. (1993). Groepspsychotherapie met borderline patiënten. In P.J. Jongerius & J.C.B. Eykman (Eds.), *Praktijkboek Groepspsychotherapie*. Amersfoort: Academische Uitgeverij.

James, M., Jongeward, D. (1997). Wie waagt die wint. *Transactionele analyse met gestalt experimenten*. Amsterdam: Addison Wesley.

Jones, M (1979). *De therapeutische gemeenschap in de samenleving*. Alphen aan de Rijn/ Brussel: Samson.

Karterud, S. W. (1993). Community Meetings and the Therapeutic Community. In H.I. Kaplan

& B.J. Sadock (Eds.), *Comprehensive Group Psychotherapy*. Baltimore: Wilkins & Wilkins.

Kernberg O.F. (1982). Advantages and liabilities of the therapeutic community. In M. Pines & L. Rafaelson (Eds.), *The individual and the group, Boundaries and interrelations*. Vol. I, Theory. New York: Plenum

Kernberg, O.F. (1984). *Severe Personality Disorders: Psychotherapeutic Strategies*. New Haven: Yale University Press.

Klein, R.H., Brown, S.L. (1987). Size and structures as variables in patient-staf community meetings. *International Journal of the Therapeutic Community*. 8, 85.

Linden van der, P.T. (1993). De Grote Groep. In P.J. Jongerius & J.C.B. Eykman (Eds.), *Praktijkboek Groepspsychotherapie*. Amersfoort: Academische Uitgeverij.

Main, T. (1975). Some psychodynamics of large groups. In L. Kreeger (Ed.), *The Large Group: Dynamics and Therapy*. London: Constable.

Main, T. (1983). The concept of therapeutic community: Variations and vicissitudes. In M. Pines (Ed.), *The evolution of Group Analysis*. London: Routledge Kegan Paul.

Rapoport R. (1960). *Community as a doctor: New perspectives on a therapeutic community*. London: Tavistock.

Rosie, J.S., Azim, H.S. (1990). Large group psychotherapy in the day treatment program. *International Journal of Group Psychotherapy*, 40, 305.

Springmann, R. (1975). Psychotherapy in the large group. In L. Kreeger (Ed.), *The Large Group: Dynamics and Therapy*. London: Constable.

Turquet, P. (1975). Threats to identity in the large group. In L. Kreeger (Ed.), *The Large Group: Dynamics and Therapy*. London: Constable.

Voorhoeve, J.N., Huitema, F.M. (1996). Patiënt-staf bijeenkomsten. In T. Berk et al (Eds.), *Handboek Groepspsychotherapie*, F1, 1-35. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Whitaker, D.S., Lieberman, M. (1964). *Psychotherapy through the Group Process*. Chicago: Atherton.

Whiteley, S. (1975). The large group as medium for sociotherapy. In L. Kreeger (Ed.), *The Large Group: Dynamics and Therapy*. London: Constable.