

# Leefklimaat: Regels en afspraken en de rol van limit setting

## Een benadering vanuit de Sociale Domeintheorie

**Auteur: Peer van der Helm, januari 2019**

### Wanneer zijn cliënten bereid regels te accepteren en te volgen en wanneer niet?

Sociotherapie behelst het (al dan niet gedwongen) samenleven in een therapeutische setting. Om structuur, veiligheid en positieve onderlinge omgang (groepsdynamiek) te waarborgen en daarmee de atmosfeer binnen het leefklimaat, is het belangrijk om regels en afspraken te maken. Het is belangrijk dat deze regels en afspraken autonomie-ondersteunend zijn en niet autonomie-belemmerend. Regels en afspraken beperken namelijk de autonomie van medewerkers en cliënten en kunnen – als hier in te sterke mate sprake van is – ontaarden in repressie en de behandelmotivatie van cliënten schaden (Van der Helm, Kuiper & Stams, 2018). Dit artikel geeft een paar concrete handvatten voor de praktijk.

### 1. Regels, afspraken en limit setting.

Er is een belangrijk verschil tussen regels en afspraken. Regels zijn minder makkelijk veranderbaar. In de dagelijks veranderende dynamiek van de leefgroep of een gezinshuis is het daarom verstandig zo min mogelijk regels te hebben. Er is echter wel één belangrijke regel die altijd moet gelden, de zogenaamde 'gouden regel': *'wat je niet wilt dat met jou gebeurt, doe dat ook een ander niet'*. Sommige regels komen van buitenaf, daar lijkt weinig aan te doen. Maar in de praktijk van alledag blijkt vaak dat men ook hier over na kan denken en er verstandig mee om kan gaan. Een voorbeeld uit de praktijk is dat het een algemene regel is om niet te liegen. Maar soms is het verstandig om niet alles te zeggen; een leugentje om bestwil. Dat geldt ook voor het samenleven op de leefgroep; niet alles moet en hoeft in de openheid want dat doet de sociale smeerolie stollen.

### Gezamenlijke besluitvorming

Veel andere dagelijkse zaken zijn verstandig om in de vorm van gezamenlijke afspraken te gieten: gezamenlijke besluitvorming. Gezamenlijke besluitvorming blijkt effectiever te zijn dan top-down besluitvorming op de leefgroep of het invoeren van regels door medewerkers alleen (Ten Brummelaar, 2017). In de regel hoeven we hierbij niet bang te zijn voor chaos en anarchie want cliënten hebben behoefte aan veiligheid, structuur en voorspelbaarheid en zijn daarom in de regel vaak strikter dan medewerkers. Afspraken zijn ook veel flexibeler en kunnen worden aangepast aan de ontwikkeling en samenstelling (volwassenheid) van de leefgroep en het team.

### Limit setting

Afspraken kunnen ook worden gepersonifieerd: dat komt de autonomie en de behandelmotivatie ten goede. *Het 'limit setting' model* is een voorbeeld van hoe afspraken in de behandeling kunnen worden verwerkt. Dit model komt uit de opvoedkunde en is later overgenomen in de psychiatrie. Het betreft idealiter een combinatie van het bieden van veiligheid (door middel van het begrenzen van gedrag), groei en respect (Vatne & Fagermoen, 2007) zonder straffen. Het model gaat er vanuit dat mensen in de residentiële zorg zoveel mogelijk 'normaal' moeten kunnen leven, zoals ook geprobeerd wordt in de gezinshuizen in Nederland. 'Normaal' gaat uit van leeftijdsafhankelijk functioneren zonder extra beperkingen -zoals in tegenstelling tot de fasemodellen- en voldoende contact met betekenisvolle anderen. Regels die contact frustreren (met in het uiterste geval afzondering) doen schade. Er is aan het begin van de behandeling een altijd uitgesproken basaal 'vertrouwen' in de persoon in kwestie dat deze met de dagelijkse opgaven om kan gaan. Dat vertrouwen gaat nooit weg en gedwongen overplaatsingen zoals straf horen niet in dit model thuis. Het gaat daarbij om kleine zaken zoals het hebben van een telefoon, internet, contact met leeftijdgenoten, onderwijs, uitgaan, omgaan met zakgeld of TV op kamer zonder slot. Belangrijk aspect van deze leeftijdsadequate benadering is ook het principe van 'shared decision making' (zie verder): beslissingen over de behandeling worden samen genomen. Dat bevordert intrinsieke behandelmotivatie, vertrouwen en persoonsvorming bij het kind.

## Consequenties

Dwang en drang moeten daarbij zo veel als mogelijk worden vermeden (meta-analyse van Parhar et al. , 2012). Tegelijkertijd houdt het model ook rekening met de mogelijkheid dat het even niet goed gaat; dat wordt de persoon niet aangerekend. Er wordt eerst naar hem geluisterd, diens gevoelens benoemd en een uitweg aangeboden. Helpt dat niet dan volgt wel een vooraf duidelijk gemaakte (1) tijdelijke (2), onmiddellijke (3), duidelijke (aan de overtreden limit gelinkt, 4), uitvoerbare (5), proportionele (6) en niet-beschadigende (7) consequentie om het gedrag te begrenzen. Daarbij wordt nooit de persoon veroordeeld, alleen het gedrag. Na korte tijd keert vanzelf het basisvertrouwen weer terug evenals de vrijheden.

## Risico's

Er is veel discussie over en kritiek op dit model, omdat het door medewerkers onbewust gebruikt kan worden om repressie goed te praten (De Valk et al., 2016; Vatne & Fatne, 2007). De basiselementen veiligheid, vertrouwen, presentie en altijd weer een kans krijgen, zijn echter werkzame elementen en worden samen met de worsteling van de medewerkers en behandelaren (en moeder!) heel indrukwekkend uitgebeeld in de documentaire 'Nadia durft niet te leven' van Zembla ([http://www.npo.nl/zembla/20-09-2009/VARA\\_101213708](http://www.npo.nl/zembla/20-09-2009/VARA_101213708)). Bij Nadia, een zwaar depressief en suïcidaal meisje wordt na veel verblijf in de separeer uiteindelijk geprobeerd haar meer eigen verantwoordelijkheid voor haar gedrag bij te brengen. Dat brengt risico's met zich mee die in de documentaire heel helder worden uitgebeeld. Het potje nootmuskaat (zeer giftig) dat Nadia in het dorp heeft gekocht, pakken medewerkers niet af, maar ze praten er wel met haar over en houden haar goed in de gaten. Als Nadia probeert brand te stichten wordt ze wel tijdelijk afgezonderd. Het legt een zware wissel op de medewerkers en het loopt in eerste instantie niet goed af. Maar er is overduidelijk geen andere weg, die bij deze populatie altijd gepaard gaat met risico's. Een deel van deze benadering is voor de psychiatrie verder uitgewerkt in het nieuwe werkboek Forensic High Intensive Care (<http://www.fhic.nl/werkboek>).

Het nadeel van limit setting is dan ook niet alleen de wissel die deze methode op de medewerkers trekt, maar ook dat het risico bestaat dat het fout gaat. Het voordeel is het stimuleren van eigen verantwoordelijkheid, intrinsieke motivatie en persoonsontwikkeling, hoe moeizaam soms ook.

## 2. De reikwijdte van regels en afspraken: de sociale domeintheorie

Smetana (2006) formuleert verschillende sociale domeinen: het conventionele domein, het morele domein, het persoonlijke domein en het veiligheidsdomein. In de praktijk is het van belang deze domeinen niet door elkaar te halen, om bijvoorbeeld van problemen uit het persoonlijke domein morele problemen te maken. Dat stuit vaak op weerstand omdat het de persoonlijke autonomie beperkt.

### Het conventionele domein

Het conventionele domein gaat over de vraag 'hoe heurt het'. Het gaat dan om afspraken binnen de maatschappij of familie, bijvoorbeeld over taalgebruik. Hierover kunnen de meningen verschillen omdat niet iedereen dezelfde achtergrond en/of cognitieve, sociaal-emotionele of persoonsontwikkeling heeft. Daarom is het heel belangrijk regels met betrekking tot het conventionele domein altijd uit te leggen en af te stemmen op de persoon en de situatie. Medewerkers op de leefgroep zijn echter vaak geneigd om de eigen conventionele normen aan anderen op te leggen en dat voor vanzelfsprekend aan te nemen, soms onder het mom van 'opvoeding'. Een voorbeeld is schoonmaken. In de Nederlandse blanke cultuur is het normaal om je eigen rommel op te ruimen, terwijl dit in sommige andere culturen gezien wordt als vrouwenwerk. Sommige mannen kunnen opruimwerk dan als vernederend zien. Dit kan tot heftige conflicten op de leefgroep leiden omdat sommige mannen een toch al fragiel zelfgevoel hebben of snel hun reputatie aangetast voelen. Een oplossing: de betrokken cliënt maakt schoon als de anderen er niet zijn.

### Het morele domein

Het morele domein (rechtvaardigheid) is van nature universeel (autoriteits-onafhankelijk) en bindend. Binnen het morele domein is over het algemeen meer acceptatie: de gouden regel wordt door bijna alle cliënten geaccepteerd. Daarbij moeten we ons echter wel realiseren dat dit niet automatisch betekent dat cliënten zich daar ook naar gedragen, daarvoor zijn ze uiteraard in behandeling. Een reeks verdedigingsmechanismen, zowel cognitief (bv. verstoringen) als sociaal-emotioneel (bv. morele ontkenning en de-humanisatie) en ontremming door impulsiviteit kan gedrag ondanks acceptatie van de regels toch ingewikkeld maken.

### Het veiligheidsdomein

Ook het veiligheidsdomein (veiligheid en gezondheid) is autoriteits-afhankelijk en voorschrijvend, waarbij regels -mits uitgelegd- eerder worden geaccepteerd. Regels met betrekking tot het persoonlijke domein (wat voor kleren doe je aan, wat doe je op je brood, hoe laat ga je slapen, met welke vrienden ga je om) zijn autoriteits-onafhankelijk, sterk persoonsgebonden en niet goed of fout. Zoals al eerder vermeld is het niet verstandig om regels te maken over zaken die tot het persoonlijke domein horen met een beroep op het veiligheidsdomein of het morele domein. Dat veroorzaakt verzet. Daar kan je beter afspraken over maken die wel rekening houden met persoonlijke autonomie en zelfexpressie. Ingewikkeld wordt het als domeinen overlappen (bv. relaties op de leefgroep, drugs- of drankgebruik binnen de instelling). Ook daar kan je beter met elkaar afspraken over maken.

### Communicatie

Communicatie speelt een belangrijke rol als het gaat om regels en afspraken. Deze moeten altijd vóóraf worden vastgesteld, net als de consequenties bij het niet nakomen ervan. Gebeurt dit achteraf, dan bestaat de kans dat jongeren zich repressief behandeld voelen, ze negatief reageren en hun behandelmotivatie afneemt. Daarom moeten regels en afspraken continu onderwerp van overleg zijn tussen medewerkers en tussen medewerkers en cliënten. Voor cliënten hangt namelijk hun behandelmotivatie sterk af van procedurele rechtvaardigheid op de leefgroep.

### Referenties

- Smetana, J.G. (2006). [Social-cognitive domain theory: Consistencies and variations in children's moral and social judgments](#). In M. Killen & J. Smetana (Eds.), *Handbook of moral development* (pp. 119-153). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Van Petegem, S., Vansteenkiste, M., Soenens, B., Zimmermann, G., Antonietti, J.-P., Baudat, S., & Audenaert, E. (2017). [When do adolescents accept or defy to maternal prohibitions? The role of social domain and communication style](#). *Journal of Youth and Adolescence*, 46, 1022-1037. doi: 10.1007/s10964-016-0562-7