

DAGPROGRAMMA'S IN HET PSYCHIATRISCH ZIEKENHUIS

door E. J. M. CRABBENDAM, zenuwarts *

Wanneer er voor de patiënten door de dag heen diverse activiteiten geprogrammeerd worden, hetgeen kortheidshalve als dagprogramma betiteld kan worden, zijn we in het domein van de zo geheten activerende therapie. Aan deze therapie zijn traditioneel de namen van Simon (Güterslow, Duitsland) en Van der Scheer (Santpoort) verbonden. In de ideeën van Simon speelt de idee van de therapeutische gemeenschap (op de achtergrond) een grote rol: Werken is werken voor en met elkaar. Met andere woorden: Er was een arbeidsethos: Werken is nuttig voor je zelf en voor anderen.

Bezien we onze huidige maatschappij dan spelen de begrippen produktie en consumptie een belangrijke rol. Produktie om te voldoen aan directe en minder directe levensbehoeften, waarbij tevens het maken van winst enerzijds en het creëren van arbeidsplaatsen anderzijds belangrijke motieven zijn. Zonder consumptie geen doorlopende produktie. In onze maatschappij zijn dan ook vele consumptie-bevorderende factoren ingebouwd. De nadruk op produktie en consumptie heeft natuurlijk ook zijn invloed gehad op het psychiatrisch ziekenhuis. Psychologisch en economisch (een overspannen arbeidsmarkt) kreeg de arbeidstherapie de wind in de zeilen. Dit mede door het gehanteerde beloningssysteem, waarbij niet alleen gedacht wordt aan de toegekende punten (merit-rating-systeem) en het daarmee gecorreleerde 'weekgeld', maar vooral ook aan de uitgesproken en niet-uitgesproken waardering welke de patiënt, die werkt, ondervindt. Kort en goed: het door de dag arbeidzaam werkend bezig zijn werd tot therapeutisch ideaal.

Dit leidde ertoe dat men eigenlijk vond dat iedereen op de arbeidstherapie moest zijn. Soms leidde dit tot uitgesproken hypocriete situaties. Zo kon het voorkomen dat patiënten 's morgens naar de arbeidstherapie gebracht werden, daar niets zaten te doen, om dan na volbrachte 'dagtaak' weer naar de afdeling terug te keren. De arbeidstherapie, niet gelukkig met deze gang van zaken, wilde van haar kant niet 'rot' zijn tegenover de afdeling en het wel eens met de patiënt 'proberen'. Bij gebrek aan beter verzandde dan de aanpak, waarbij de patiënt formeel te werk gesteld was. Van de andere kant werden pas opgenomen patiënten zo spoedig mogelijk van de afdeling gelooft ('geloofd') naar de arbeidstherapie.

Er bestond reden om deze situatie kritisch te bezien:

1 — Er was het gevaar dat de verwijzing naar de arbeidstherapie te

* Uit het psychiatrisch centrum St. Willibrord te Heiloo, geneesheer-directeur Dr. A. J. A. M. Wijffels.

automatisch zou gebeuren. Dat het meer zou gebeuren vanuit een ideologie dan vanuit een verantwoorde verwijzing naar de arbeidstherapie. Met andere woorden: dat er een verwijzing plaats zou vinden zonder een te voren goed geformuleerd therapieplan.

2 — Er was het gevaar dat vanuit de ideologie van het 'genezende werken' andere mogelijkheden tot reactivering, resocialisering en therapeutische interventie over het hoofd gezien zouden worden.

3 — Er is een langzaam toenemende maatschappij-kritiek, die korthalshalve toegespitst kan worden in de slogan: Welzijn gaat boven welvaart. Het idee wordt (weer) wakker, dat wij niet leven om te werken, maar dat we op zijn best willen werken om te leven. De zin van de arbeid wordt daarbij in toenemende mate ter discussie gesteld. Dit is voor de werkers op het terrein van de Geestelijke Volksgezondheid een signaal, want bij het welzijn van de werker hoort dat hij zijn werk ervaart als nuttig en zinvol.

Vanuit bovenstaande gedachtengang kwamen wij ertoe niet meer iedere patiënt automatisch in de arbeidstherapie te plaatsen. Als alternatief ontwierpen wij zogenaamde dagprogramma's: een rooster, waarbij diverse activiteiten door de dag heen geprogrammeerd zijn. Tot deze activiteiten behoren (en we volgen daarbij de ingeburgerde terminologie): bewegingstherapie, creatieve therapie, expressieve therapie, culturele vorming, functie-arbeid (met vrijheid in het uitwerken van een opdracht), taakarbeid (vaste opdracht) en enkele voor ieder der programma's specifieke onderdelen.

In het algemeen zijn namelijk drie soorten dagprogramma's te onderscheiden:

1 — Het dagprogramma voor de opnamepatiënten, in de wandeling D.O.P. genoemd. Dit duurt zes weken. De nadruk ligt hierbij op de observatie. Alle activiteiten vinden groepsgewijs plaats. Met name ten aanzien van de onderdelen culturele vorming en creatieve therapie wordt geappelleerd op de zelfwerkzaamheid van de groep. Per week is er één middag die door de groep als groep voor een vrije activiteit gebruikt kan worden. Hierbij valt te denken aan excursies, duinwandeling, diverse andere vormen van ontspanning enz. De gedachten dat men in de groep verantwoordelijk is voor elkaar probeert men zo veel mogelijk concreet gestalte te geven. Op het einde van de week vindt er met de groep een nabespreking plaats.

2 — Het dagprogramma voor de ernstig (psychotisch) gestoorde. Deze patiënten zijn (nog) niet in staat om de gehele dag te werken. Wel is dit mogelijk voor één of meer uren per dag. De nadruk bij dit dagprogramma ligt op een zinvolle reactivering. De ervaring leert dat men in niet te grote groepen moet werken (groepen van 4 tot 8 patiënten) en dat een grote inventiviteit en flexibiliteit van de begeleiders vereist wordt.

3 — Er zijn dagprogramma's voor de zwakzinnigen. De nadruk ligt hierbij op het ontwikkelen — aan de hand van de mogelijkheden — van

een zo adequaat mogelijk functioneren. In de beginfase is een geduldig exploreren van de mogelijkheden noodzakelijk. Na observatie en training is het mogelijk op diverse niveaus groepen samen te stellen. Het is hierbij mogelijk gebleken vrijwel alle zwakzinnigen in een dagprogramma te plaatsen.

Wat zijn de voordelen van deze werkwijze?

1 — De deelname van de patiënt aan de diverse activiteiten is bewuster door appèl op eigen inzet en medewerking en door de mogelijkheid het eigen functioneren en het groepsgebeuren voortdurend ter discussie te stellen. De activiteit van de patiënten wordt bij de bron aangewakkerd door een beroep op de aanwezige creativiteit. De zelf-verantwoordelijkheid wordt gestimuleerd. En je leert alleen iets als je het zelf doet, ook al is dat gebrekkig. Er ontstaat een begin van zelf-bewustheid. Waar dit kan moet bezig-zijn geen hypnoticum zijn, maar leiden tot bewust en als plezierig ervaren gedrag. Bij de taakarbeid worden vaak autoriteitsconflicten geactualiseerd. Wanneer deze bespreekbaar zijn kan er een begin gemaakt worden met de verwerking. Het 'geen zin ergens in hebben' wordt onderwerp van bespreking en zodoende worden onlustgevoelens niet zonder meer onder tafel gewerkt.

2 — Er zijn betere mogelijkheden tot aangepaste activiteiten-niveaus. Met name voor de zwakzinnigen en de zwaarder gestoorden zijn in kleinere groepen en door grotere flexibiliteit meer niveaus en wisselende niveaus te creëren.

3 — Door de groepsactiviteiten wordt het voor elkaar verantwoordelijk zijn en het luisteren naar elkaar bevorderd.

4 — Met name voor de groep van de opnamepatiënten wordt het verblijf benut voor toetsing en vorming van mogelijkheden.

Na de observatieperioede zou het mogelijk moeten zijn tot een meer cursorische opzet te komen. Voor een aantal patiënten zou het verblijf in het psychiatrisch ziekenhuis een duidelijk vormingsaspect moeten hebben.

De dagprogramma's zullen uiteindelijk ingebed moeten worden in de therapeutische sfeer van het psychiatrisch ziekenhuis. Bij het woord therapie staat mij vooral voor ogen dat patiënten belemmerende voorstellingsbeelden moeten afleggen (vergelijk Dijkhuis: Therapie is herstructurering van ervaringen). Dit kan vooral door het voortdurend toetsen van oordelen aan elkaar en aan de omstandigheden. Veel oordelen zullen dan blijken vooroordelen te zijn, die men zal moeten afleggen of veranderen. Belangrijk is ook de nadruk op de actuele mogelijkheden (hierbij rekening houdend met eigen mogelijkheden en omstandigheden) en de realisering van aanwezige potenties.

Wellicht zal de toekomst brengen dat vanuit de thans bestaande dagprogramma's, welke dan als bruggehoofden zijn te beschouwen, het toekomstige psychiatrische ziekenhuis geherstructureerd zal worden. De te programmeren activiteiten zouden onderscheiden kunnen worden in:

- 1 bezigheid, hetgeen vooral het aspect van de psycho-hygiëne omvat;
- 2 vorming;
- 3 therapie.

En dit alles zoveel mogelijk in groepsverband met als doel:

- a het verbreken van de massificatie en de uniformiteit waarbij tevens de structuur van de aanpassing — actief of passief — ter discussie wordt gesteld;
- b de patiënten te brengen tot bewustmaking van eigen mogelijkheden en onmogelijkheden, hetgeen vooral via vormingsactiviteiten zal moeten gebeuren;
- c de patiënten te brengen tot een vrijere keus in de realisering van hun mogelijkheden.

Dit laatste moet leiden tot een toenemende inspraak van de patiënt in zijn activiteiten.

Bij het bovenstaande zal een explicitering van de doelstellingen van het psychiatrische ziekenhuis noodzakelijk zijn, met name t.a.v. de vormen en grenzen van de (persoonlijkheids)veranderingen die men beoogt.

SUMMARY

The development of the 'day-programs' — i.e. a variety of programmed activities presented to the patient in a structured time schedule for a period of 6 weeks or (much) longer — is discussed from the point of view of activating therapy.

The advantages of the 'day-programs' in different phases of clinical work are described.

The author is convinced that the 'day-programs' form an important aspect of the general therapeutic sphere of the psychiatric hospital and he considers them as an integral part of the basic philosophy in modern clinical treatment.

VERANTWOORDING

De oorspronkelijke bijdragen van de Collegae Jacobs en Crabbendam over aspecten van het psychiatrisch centrum verdragen eigenlijk geen vermenging met artikelen over totaal andere onderwerpen. Daarom is deze aflevering afgerond met relatief veel boekbesprekingen.