

GEEL FAMILY CARE RESEARCH PROJECT

door LEO SROLE, PhD, en JAN SCHRIJVERS, M.D.*

In het hiervoor gunstige klimaat der groeiende belangstelling voor de sociale en gemeenschaps-psychiatrie is sedert een vijftal jaren een interdisciplinaire studie van de Gezinsverpleging voor Geestesgestoorden te Geel aan de gang, waarover hier ten dele een inleidend en tussentijds rapport wordt aangeboden.

De gezinsverpleging te Geel mag inderdaad als de oudst bestaande vorm van gemeenschapszorg voor de psychisch gehandicapten beschouwd worden en wettigt daardoor reeds op historische gronden een meer systematisch wetenschappelijk onderzoek. Het nuttigheidskarakter van een integraal onderzoek naar het ontstaan, het behoud, de werking en de uitkomsten der gezinsverpleging kan op nog andere dan deze historische gronden worden gerechtvaardigd, en meer bepaald op grond van de volgende fundamentele stellingen. Een *eerste stelling* zo oud als de geneeskundige praxis zelf luidt 'primum non nocere', een grondregel die maar al te vaak in de psychiatrische praktijk in het verleden maar ook nog heden ten dage niet steeds voor ogen wordt gehouden. Waarnemingen en beschrijvingen van psychiatrische inrichtingen doorheen de negentiende eeuw en meer wetenschappelijke studies van de verschijnselen en gedragingen van psychiatrische patiënten die in gestichten verbleven toonden duidelijk aan hoe een voortgezette institutionalisatie in gestichtsverband aanleiding gaf tot regressieve gedragspatronen met verwarring, prikkelbaarheid en agressiviteit maar eveneens afhankelijkheid, passiviteit en afstomping en meestal gevolgd door een totale 'ontmaatschappelijking' van het geesteszieke individu. Een vrij belangrijk deel van de waargenomen pathologie bij 'long stay' patiënten kan als situatie gebonden beschouwd worden en is doorgaans iatrogeen ontstaan. De *tweede stelling* gaat uit van de inspanningen die de psychiatrie sedert haast een eeuw ondernomen heeft om alternatieve oplossingen te vinden voor de nadelen van het internaatsbestaan, waarvoor achtereenvolgens termen gebruikt werden zoals 'asylering', 'institutional neurosis', 'hospitalisatiesyndroom' of meer recent, 'social breakdown syndrome'. Alternatieven om deze pathogene invloeden van het verzorgingsmilieu tegen te gaan werden ontwikkeld hetzij binnen de inrichting zelf in de vorm van actievree, revaliderende therapieën of door de invoering van de beginselen van een therapeutisch milieu, hetzij buiten de psychiatrische instellingen in de gemeenschap zelf in de vorm van ge-

* Dr. Srole is professor aan de Columbia University, New York en buitengewoon hoogleraar te Leuven.

Dr. Schrijvers is buitengewoon docent aan de universiteit te Leuven en adjunct-geneesheer aan de Rijkskolonie te Geel.

meenschapsgerichte tussenoplossingen met het uiteindelijke doel de geestelijk gestoorde mens in zijn natuurlijk milieu te behouden. In een recente studie — en wat volgt sluit aan bij onze *derde stelling* — welke in het federaal St. Elizabeth Psychiatrisch Ziekenhuis te Washington D.C. plaats vond, werd aangetoond dat 40% van de 'long term' aldaar verpleegde patiënten in het ziekenhuis diende te blijven omdat er geen natuurlijk gezin was om naar terug te keren ofwel omdat dit natuurlijk familiaal midden dermate pathogeen was dat de daar terugkerende patiënt snel zou hervallen en binnen het open draaideur systeem zou terecht komen. De enig mogelijke tussenoplossing voor deze groep van chronische instellingspatiënten bleek de hetero-familiale gezinsverpleging te zijn.

Op een ogenblik dat de nadruk gelegd werd op therapeutisch verantwoordte extramurale voorzieningen, werd het gerucht verspreid dat de eeuwenoude gezinsverpleging, de Kolonie te Geel, na een duizend jaar lange traditie een crisis doormaakte en door de snelle daling van het patiëntentotaal gedoemd was vrij spoedig te verdwijnen. Dit gerucht werd bevestigd door een vrij kritische, hoewel niet grondige publikatie in een buitenlands wetenschappelijk tijdschrift, hetgeen een reeks reacties loswerkte die uitliepen in de oprichting van het Geel Family Care Research Project, een interuniversitair en interdisciplinair onderzoek naar de aard en de werking van het sociaal systeem der Geelse Kolonie voor geesteszieken, uitgaande van voornoemde theoretische overwegingen.

Geel behoort inderdaad tot het vrij zeldzame type van de gezinskoloniën. De onderscheidende kenmerken van een kolonie ten overstaan van andere vormen van gezinsverpleging zoals bijvoorbeeld deze annex ener psychiatrische instelling, zijn o.m. dat de pleeggezinnen met een vrij hoge densiteit geconcentreerd zijn in een welomschreven gebied, (de gemeente Geel), dat er bovendien een verplegingscentrum bestaat met een beperkte bedden capaciteit dat de meervoudige functie heeft van (1) ontvangst- en observatiecentrum voor nieuwaangekomen patiënten, (2) behandelingscentrum van somatische en acuut psychiatrische aandoeningen, welke niet in het kostgeversgezin behandeld kunnen worden en (3) een tijdelijke verblijfplaats voor patiënten die hetzij doorverwezen worden naar een ander gezin hetzij naar een ander psychiatrisch ziekenhuis in geval van ongeschiktheid voor gezinsverpleging. Op 1 januari 1969 werden er te Geel met een bevolking van 29.000 inwoners 1830 patiënten verpleegd waarvan er ongeveer 255 in het verplegingscentrum als ziekenhuispatiënten verbleven. De 1575 kostgasten (patiënten die in een gezin verblijven) kunnen diagnostisch als volgt worden onderverdeeld, althans op basis van de beschikbare medische dossiers: 32% licht mentaal gehandicapten, 32% matig mentaal gehandicapten, 3% zwaar mentaal gehandicapten, 3% allerlei aandoeningen op basis van hersenaandoeningen en 30% gemengde functionele stoornissen, met

overwegend schizofrene reacties. Het is niet uitgesloten dat tussen de vele oligofrenen (66%) een nog niet nader bepaald aantal gevallen voorkomen waarvoor de intellectuele achterlijkheid secundair is aan onderliggend psychotisch proces ofwel een direct gevolg is van vroegtijdige familiale en schoolse ontberingen. Deze 1575 kostgasten leven in 1100 pleeggezinnen uit een totaal van 6600 gezinnen te Geel. Gemiddeld verblijft er dus in elk zesde gezin (17%) een of maximaal twee patiënten van hetzelfde geslacht.

In een vrij omvangrijk en recent overzicht van de literatuur in verband met gezinsverpleging over de hele westerse wereld toont MORRISSEY aan dat er geen systematische theorievorming bestaat rond de betekenis van de gezinsverpleging. In de meeste gevallen werd er een aanvang gemaakt met een bepaalde vorm van gezinsverpleging hetzij om economische redenen hetzij op grond van een religieus bepaald humanisme. Welke ook haar redenen van ontstaan en haar doelstellingen zijn, gezinsverpleging zal nochtans in de meeste gevallen vrij hoog gewaardeerd worden om haar psychologische en sociale voordelen.

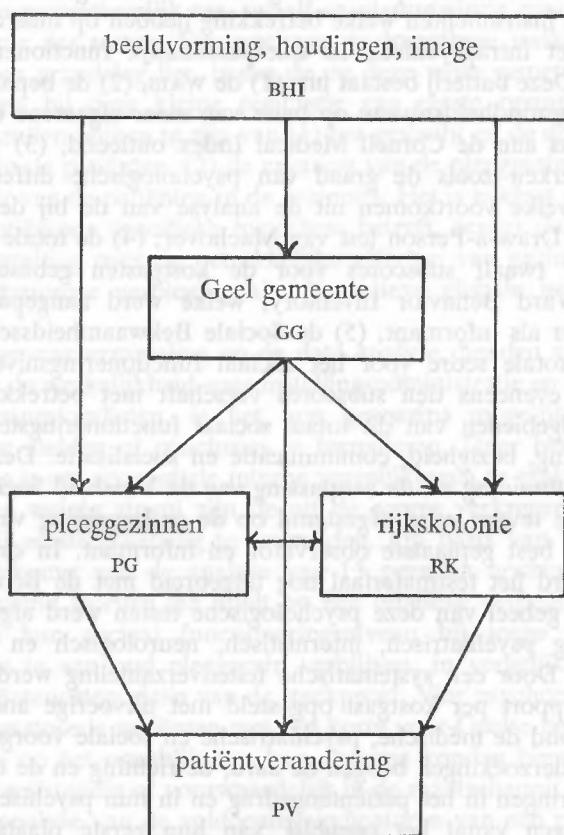
SROLE wijst aan de hand van 'impressionistisch' observatiemateriaal op de duidelijke tegenstellingen tussen de gedragingen van gezinsverplegingspatiënten met deze van inrichtingspatiënten hetgeen hij in verband brengt met de invloed van een grotere sociale vrijheid in het eerste geval versus sequesteratie in het andere. Een dergelijke vergelijking schijnt aan te tonen dat gezinsverpleging te Geel de regressie in het 'social breakdown syndrome' dat met institutionele verpleging geassocieerd wordt, voorkómt en versterkt de hierbij aansluitende hypothese dat gezinsverpleging in een groot aantal gevallen, zo niet alle, een hoger functioneringsniveau bij de patiënten bevordert. De aanvaarding door en de incorporatie in een gezin, welke zich uitbreiden tot de buurt en de ganse gemeente zoals dit in Geel het geval is, vertegenwoordigt vermoedelijk een vorm van milieutherapie in engere zin, namelijk dat de tolerante omgeving op actieve wijze de regressieverschijnselen voorkomt welke vaak met hospitalisatie gepaard gaan. Op zijn minst komt Geel dus naar voren als niet iatrogeen terwijl het optimaal als therapeutisch en resocialiserend beschouwd kan worden. In dit laatste geval is het therapeutische effect voornamelijk het gevolg van het spontaan aanvaardingsproces door een sympathiserende en tolerante omgeving van niet doelbewust geschoolde burgers, die zowel emotionele steun als begrip verlenen als een voortdurend gedragscorrigerend milieu dat een juist werkelijkheidsbesef en een grotere zelfstandigheid tot gevolg kan hebben. Als uitdrukkingen van dit fundamentele acceptatieproces kunnen de volgende aspecten worden aangehaald: (1) de kostgast betreft een slaapkamer die mede deel uitmaakt van de woning van het pleeggezin en toch afzondering mogelijk maakt zodat allerlei graden van sociale afstand tussen de gezinsleden en de patiënt kunnen voorkomen; (2) de kostgast neemt deel aan de maaltijden en aan de grote meerder-

heid van de binnenhuis- en buitenhuis activiteiten van het gezin; (3) hij neemt deel in de mate van zijn validiteit aan de huishoudelijke en produktieve werkzaamheden van het gezin, op deze wijze de rechtstreekse staatsvergoeding voor het pleeggezin aanvullend; (4) terwijl het natuurlijk gezin de patiënt op impliciete of expliciete wijze ontwaard heeft door hem voor zijn tekortkomingen te verwerpen, herwaardeert het pleeggezin hem en verschaft hem een positief zelfbeeld door zijn vaak bescheiden bijdragen te waarderen; (5) de deviante interpersoonlijke relaties en het geheel van gestoorde interactiepatronen binnen zijn natuurlijk gezin, welke vaak als pathogeen worden beschouwd, worden door minder conflictueuze betrekkingen met de leden van het pleeggezin vervangen, die er vaak toe komen de patiënt als een de facto bloedverwant te aanvaarden; (6) bovendien maakt hij informeel deel uit van de buurtschap en neemt hij deel aan de vele sociale en vrijetijdsactiviteiten van de gemeente; (7) alles te samen is hij dus niet als het ware ondergedompeld in een gesloten homogene en geconcentreerd conglomeraat van gelijkaardigen, maar in een open gemeenschap van een stabiele zorgzame gezinsgroep en van een meer heterogene levenschte gemeente. De opsomming van sommige van de karakteristieken van de Geelse gezinsverpleging bevestigen de indruk dat dit inderdaad een vrij zeldzaam natuurlijk experiment is. Vele eeuwen voor de doorbraak van de morele behandeling of de ontwikkeling van de sociaal-psychiatrische beweging en de beginselen der therapeutische gemeenschap in het psychiatrisch ziekenhuis hadden de Geelenaren, vermoedelijk uit hoofde van een verlicht eigenbelang, dergelijke methodes reeds in toepassing gebracht. Het is daarom ook dat het Geel-model van verpleging op psychiatrisch wetenschappelijk gebied een bijdrage kan leveren welke o.m. betrekking kan hebben op (1) de bronnen van haar traditie die sterk afwijkt van de vrij primitieve westerse traditie om gedragsgestoorden uit de maatschappij te verbannen; (2) op de differentiële gevolgen van deze spontaan therapeutische gezinnen voor verscheidene categorieën van patiënten; (3) op de interactiemodellen tussen de leden van het pleeggezin en hun patiënt(en); (4) op de sociaal-psychologische processen van acceptatie eerder dan rejectie van geestesgestoorden.

Al deze problemen hebben de aandacht gehad van de wetenschappelijke onderzoeksploeg van het *Geel Project* ten einde de theoretische kennis over de werking van gezinsverpleging te verrijken en richtlijnen te formuleren welke de kans op de leefbaarheid en het behoud ervan verhogen.

Deze vrij ambitieuze onderzoeksopzet werd vertaald in een onderzoeksplan dat naar vorm en inhoud nauw verwant is met de exploratieve beschrijvende community surveys, hoewel het zich niet uitsluitend tot deze vorm van sociaal onderzoek beperkt. Het zou een onbegonnen

taak zijn binnen het raam van dit artikel het volledige onderzoeksplan in detail te beschrijven, de algemene lijnen ervan zullen dan ook slechts worden aangegeven, waarbij de nadruk zal gelegd worden op die aspecten van het onderzoek welke voornamelijk betrekking hebben op de evaluatie van de psychiatrische patiënten in gezinsverpleging, te meer gezien de micro en macro-sociologische dimensies van de Geel gemeente in afzonderlijke publikaties behandeld zullen worden. Schematisch kunnen er vijf klassen van project variabelen worden aangegeven die elk het object uitmaken van meerdere hiermede verwante onderzoekseenheden (zie schema).



(1) De afhankelijke variabele is de patiëntverandering (PV) tijdens het verblijf in het pleeggezin. (2) De drie proximale onafhankelijke variabelen zijn eerst en vooral het pleeggezin (PG), vervolgens de psychiatrische instelling der Rijkskolonie (RK) en de Geel gemeente (GG) en de wederzijdse samenhang en wisselwerking tussen deze sociale systemen. Uiteindelijk blijft er nog de meest distale onafhankelijke variabele,

namelijk het geheel van houdingen en de beeldvorming door buitenstaanders van de gezinsverpleging en de mate waarin deze zowel de pleeggezinnen, de rijkskolonie en de Geel gemeente beïnvloeden (BHT). Deze vijf onderzoeksvariabelen worden door even zoveel onderzoeksteams met een eigen aangepaste methodologie bestudeerd. De fundamentele vraagstelling welke in de totale onderzoeksopzet als de afhankelijke variabele naar voren treedt kan aldus worden omschreven: welke zijn de differentiële effecten op verschillende categorieën van kostgasten (te Geel gebruikelijke benaming voor patiënten in pleeggezinnen) die uit een verblijf in een Geels pleeggezin naar voren komen? Deze effectverschillen op de kostgasten worden gemeten door een batterij van instrumenten welke betrekking hebben op meerdere dimensies van het intrapsychisch en interpersoonlijk functioneren van de patiënten. Deze batterij bestaat uit: (1) de WAIS, (2) de bepaling van het somatisch gezondheidsniveau op basis van meer algemene en ook specifieke items aan de Cornell Medical Index ontleend, (3) persoonlijkheidskenmerken zoals de graad van psychologische differentiatie en integratie welke voortkomen uit de analyse van de bij de kostgasten afgenomen Draw-a-Person test van Machover; (4) de totale pathologiescores met twaalf subscores voor de kostgasten gebaseerd op de Burdock Ward Behavior Inventory, welke werd aangepast voor de pleegmoeder als informant, (5) de Sociale Bekwaamheidsschaal, welke naast een totale score voor het sociaal functioneringsniveau van de kostgasten eveneens tien subscores verschaft met betrekking tot bepaalde deelgebieden van dit totaal sociaal functioneringsterrein, zoals zelfverzorging, bezigheid, communicatie en socialisatie. Deze schaal is zowel de uitbreiding als de aanpassing van de Vineland Social Maturity Scale, welke tevens werd afgestemd op de ondervraging van de pleegmoeder als best geplaatste observator en informant. In een wat later stadium werd het testmateriaal nog uitgebreid met de Bender Gestalt test en het geheel van deze psychologische testen werd afgesloten met een grondig psychiatrisch, internistisch, neurologisch en cytologisch onderzoek. Door een systematische feitenverzameling werd bovendien een basisrapport per kostgast opgesteld met uitvoerige anamnestiche gegevens rond de medische, psychiatrische en sociale voorgeschiedenis. Al deze onderzoeken beogen de aard, de richting en de omvang van de veranderingen in het patiëntengedrag en in hun psychische toestand vast te leggen vanaf het ogenblik van hun eerste plaatsing in een pleeggezin en over een min of meer lange termijn.

De *effecten op korte termijn* worden gezien doorheen de studie van een prospectieve cohort van patiënten, 64 in totaal, die voor de eerste keer in een pleeggezin te Geel werden opgenomen. Een derde van dit totaal van 64 patiënten werd in een nieuw pleeggezin geplaatst, dat nooit tevoren een patiënt had opgenomen, terwijl de andere tweederden aan

een oud pleeggezin werden toevertrouwd dat voorheen reeds een of meerdere patiënten gehuisvest had. Beide subgroepen zijn ongelijkmatig verspreid over de volgende experimentele variabelen: geslacht, ouderdom, diagnostische categorie en de typologie van het pleeggezin. Om reden van vooraf geselecteerde patiëntentoevloed was het niet mogelijk de gewenste verdeling van gelijke patiëntenaantallen over de cellen van de onderzoeksmatrix te bekomen, zoals het anderzijds onmogelijk bleek een controlegroep in andere Belgische psychiatrische instituten samen te stellen gezien de al te grote interinstitutionele verscheidenheid in België. De hierboven aangehaalde testen-batterij wordt of werd op vier verschillende tijdstippen afgenomen, namelijk drie weken na eerste plaatsing, en respectievelijk zes, twaalf en vierentwintig maanden na de eerste afname der testen. De voornaamste hypothese welke aan deze werkwijze ten grondslag ligt, is dat de op deze wijze gemeten gedragsveranderingen bij deze kleine populatie van eerste opnamepatiënten een functie zullen blijken te zijn van (1) het geslacht en de diagnostische categorie van de patiënten, (2) de ervaring van de pleeggezinnen, (3) de verblijfsduur van de patiënten in de gezinnen. Het is evident dat het hier een differentiërende specifieke hypothese betreft, eerder dan een algemene vraagstelling over de betrekkelijke effecten van gezinsverpleging versus institutionele verpleging als alternatieve globale behandelings-systemen.

Daar de gegevensverzameling en de data analyse dienden aangepast te worden aan de werkelijkheid ener instellingsadministratie en de beschikbare navorsingskredieten, is het nog (geenszins mogelijk nu reeds resultaten te melden of conclusies te formuleren. Daar het bovendien de bedoeling is om sequentiele interne vergelijkingen te maken, zou het voorbarig en weinig zinvol zijn de uit de scores verkregen patiëntenprofielen bij eerste plaatsing te vermelden. Op basis van de nog onvolledige uitkomst van de analyse van 13 gevallen nochtans kan een trend onderkend worden die duidt op een relatieve verbetering op het gebied van hun sociaal functioneringsniveau bij jonge schizofrene mannen, die in een oud pleeggezin verblijven, in vergelijking met de andere patiëntencategorieën van de steekproef. Vier psychopathologisch vrij ernstig gestoorde patiënten met een korte voor-Geelse behandelingsgeschiedenis op het ogenblik van hun opname konden binnen het jaar als volledig zelfstandig of voorwaardelijk in de maatschappij terugkeren. Een eerste analyse van de voldoeningsindicatoren van een patiënt(e) in zijn (haar) pleeggezin toonde bovendien aan dat op een totaal van 29 patiënten uit de prospectieve cohort, voorheen al of niet gehospitaliseerd, 23 duidelijk hun voorkeursvoldoening te kennen gaven over hun huidige situatie.

De effecten op lange termijn worden gezien doorheen twee aanvullende onderzoeken.

Vooreerst is er een retrospectieve steekproef van 48 patiënten onder de leeftijd van 50 jaar die gedurende twee of meer jaren in een pleeggezin behandeld werden; van deze groep wordt de volledige project testenbatterij afgenomen. De retrospectieve steekproef zelf werd onderverdeeld in twee gelijke groepen, namelijk 'de meest verbeterden' en de 'minst verbeterden'; deze onderverdeling in twee extreme subgroepen is gebaseerd op een rang-ordening tengevolge van paarsgewijze vergelijking door de medische en verpleegkundige staf. Dit subjectieve onderscheid in 'meest' en 'minst' verbeterde patiënten is duidelijk een vrij grove ziftingsmethode om op efficiënte wijze twee extreme toetsgroepen te identificeren. Ongetwijfeld zal de testenbatterij nog fijnere subcategorieën in het functioneringsniveau van deze patiënten aanduiden binnen elke criteriumgroep. De testenbatterij zal bovendien nog aangevuld worden door een systematische open navraag bij de pleegmoeder naar haar herinneringen over de gedragingen van de patiënt in de loop van de eerste plaatsingsmaand. Op deze wijze zal het mogelijk zijn bij benadering de aard en de omvang van daaropvolgende, al of niet gunstige, grove veranderingen te ramen. Meer in het bijzonder zal er gepoogd worden bij de 'meest verbeterde' patiëntengroep de maximale en optimale therapeutische mogelijkheden van de gezinsverpleging te vereenzelvigen alsmede de eigenschappen van de patiënt en het pleeggezin die met deze mogelijkheden in betekenisvol verband kunnen gebracht worden.

Ten tweede wordt het effect op nog langere termijn gezien door een systematische follow-up van de meest recente ex-gezinsverplegingspatiënten, 24 in totaal, die zich gedurende minstens een jaar op zelfstandige wijze in de maatschappij gehandhaafd hebben. In deze follow-up worden de volgende gegevens over de ex-patiënten verzameld: (1) het huidig functioneringsniveau gemeten door drie van bovenvermelde instrumenten uit de testen-batterij en aangevuld door de 'Ohio psychological symptoms scale', (2) een appreciatie door de ex-patiënt van zijn toestand op het ogenblik van zijn eerste plaatsing in Geel en bij zijn ontslag, (3) een vergelijkende appreciatie tussen zijn natuurlijk- en pleegmilieu, (4) een vergelijkende appreciatie van zijn eigen gemeente met de Geel gemeente. Deze follow-up studie is nog in het vroege stadium van de verzameling der gegevens maar er zijn reeds voorlopige aanwijzingen steunend op het beschikbaar statistische materiaal der instelling, welke aangeven dat mentaal gehandicapte patiënten met een korte verblijfsduur vrij snel in een pleeggezin een dergelijk niveau van wederaanpassing bereikten dat zij, eenmaal ontslagen, een goede en doorgaans definitieve sociale aanpassing aan hun natuurlijk milieu vertonen.

Naast en evenals voor de afhankelijke variabele (wijziging en uitkomst met betrekking tot de patiënt) wordt veel aandacht geschonken aan de eerste proximale onafhankelijke variabele (zie schema): het Geelse

pleeggezin. Dit pleeggezin wordt waargenomen als een interactiemilieu door middel van de participerende observatie en ongesystematiseerde vraaggesprekken. Beide hebben plaats op onregelmatige tijdstippen tijdens dezelfde periode als deze van de afname der testen.

Door de bevindingen van de klinische evaluatie van de helft der prospectieve patiënten in verband te brengen met de waargenomen en gecategoriseerde gegevens over de structuur en de dynamiek van de pleeggezinnen wordt er verwacht dat bewijsmateriaal naar voren zal treden dat een significant verband aangeeft tussen enerzijds intergezinnen verschillen wat de graad van incorporatie van de patiënt in het pleeggezin betreft en anderzijds de veranderingen in zijn functioneringsprofiel. Met andere woorden, de mate waarin de patiënt in de gezinsstructuur geïntegreerd en geïncorporeerd is, in een rol gaande van een doorgangshuurder tot een bloedverwant, zou predictief kunnen zijn met betrekking tot de aard van de wijzigingen op de scores van de testenbatterij. Dit incorporatieproces zelf van de patiënt wordt verondersteld gebaseerd te zijn op: (1) de persoonlijke eigenschappen van de patiënt, zijn manifeste gedragingen en karakteristieken, zijn neigingen en verwachtingen zoals deze zich in zijn gedragingen veruitwendigen, (2) de karakteristieken van het pleeggezin als leefgroep, zijn wijze van interactie, zijn communicatiepatronen, en zijn verwachtingen en strekkingen zoals deze zich in de gedragingen van de leden uiten, (3) de dynamische wisselwerking over tijd tussen beide reeksen van karakteristieken, verwachtingen en strekkingen. In verband met dit laatste wordt er geenszins verondersteld dat er slechts een éénrichtingsstroom van het gezin naar de patiënt toe zou bestaan, maar een transactiesysteem in beide richtingen wordt als meer waarschijnlijk geacht met name dat de gedragspatronen van de patiënt zelf het verloop van de incorporatie in het gezin mede zullen bepalen. Gezien nochtans de afhankelijke rol van de patiënt in het gezin hetzij als een vreemdeling of als een ziek persoon, zullen de gezinsinvloeden na verloop van tijd en op een min of meer discrete wijze op deze van de patiënt het overwicht krijgen. Het is door een dergelijk regulerend homeostatisch mechanisme dat het gemiddelde pleeggezin een 'normaliserend' en 'socialiserend' effect kan hebben voor de patiënt waaruit zowel emotionele groei als sociaal herstel kunnen resulteren. Deze veronderstelde socialiserende functie van het pleeggezin moet niet noodzakelijk aanwezig zijn in een gezinsverpleging die op een zeer oude traditie gebaseerd is en daardoor behoefte kan hebben aan bijkomende behandelingsvoorzieningen. De andere macrosociologische onderzoeken naar de structurele en functionele aspecten van de Geelse gezinnen en de Geelse gemeenschap en de studies rond het image van Geel zullen in dit artikel zoals vroeger reeds werd gezegd niet worden beschreven. Voor kennisname hiervan verwijzen we graag naar de desbetreffende wetenschappelijke tijdschriften.

Bij wijze van besluit mag worden gesteld dat de gezinsverpleging te Geel

zoals die op dit ogenblik bestaat als een zeldzaam natuurlijk experiment, een sociaal laboratorium blijft dat als het prototype van een niet-institutionele maar toch homogene en gesloten therapeutische gemeenschap kan worden beschouwd, waarvan het effect gelegen is in de veronderstelde interactionele mechanismen op micro- en macro-sociaal vlak en die het object zijn van een zorgvuldig interdisciplinair onderzoek.

Hoewel het op dit ogenblik in zijn traditionele verschijningsvorm bedreigd wordt door een golf van industrialisatie en urbanisatie en door de weerslag van niet steeds aangepaste bestuurlijke maatregelen, verschaft het toch nog als een natuurlijk experiment een unieke gelegenheid voor de interrelationele psychiatrie om bepaalde fundamentele hypothesen over het ontstaan, het verloop en het herstel van de geestesstoornissen uit te testen.

Als een spontaan gegroeide sociaal-psychiatrische voorziening biedt het bovendien de gelegenheid voor opleidingservaringen op het gebied van de gemeenschapspychiatrie en de sociale revalidatie.

Het Geel Family Care Research Project waaruit in dit rapport een onderdeel werd belicht is een poging om tot een meer wetenschappelijk verantwoorde kennis van de gezinsverpleging te komen als een alternatief behandelingsmodel voor meerdere categorieën van geesteszieken.

SAMENVATTING

In de voordracht worden de doelstellingen en het algemeen plan van het inter-universitair en multidisciplinair onderzoeksproject van de eeuwenoude gezinsverpleging te Geel uiteengezet en wordt de onderzoeksofzet gesitueerd in het zich snel ontwikkelend sociaal psychiatrisch onderzoeksveld.

Het Geel Project bestudeert als afhankelijke variabele de wijziging in de mentale en sociale verschijnselen bij oligofrenen en psychotici die voor familiale verpleging te Geel worden opgenomen, zoals deze rechtstreeks en onrechtstreeks beïnvloed worden door meerdere onafhankelijke variabelen. Deze laatste zijn de structuur en de relatiepatronen in de pleeggezinnen, de organisatie van de medische activiteiten van de centrale medico-administratieve instelling, de kenmerken van de Geelse gemeenschap, en tenslotte het beeld dat de buitenwereld zich van de Gemeente Geel en haar bijzondere verplegingsvorm vormt. In haar wetenschappelijke methode benadert dit studieproject ener milieu-therapie in sterke mate deze van de anglo-saksische 'community-surveys'.

SUMMARY

This paper deals with the objectives and the general plan of the interuniversity and multidisciplinary research project of the family care for the mentally ill at

Geel. The project tries to make a contribution to the rapidly developing field of research in social psychiatry.

The dependent variable in the research design is the changes in mental and social functioning of both mentally retarded and psychotic patients who are placed in foster family care at Geel; the degree of such functioning is directly or indirectly related to the impact of several independent variables. The latter are

1 — the structure and the modes of interaction of the foster families;

2 — the organisation of the medical and nursing activities of the supportive central hospital services;

3 — the characteristics of the Geel community and finally;

4 — the image of Geel and its care system to the outside world.

It may be said that the methods of a 'community survey' are being applied to the study of this particular type of milieu-therapy.

BIBLIOGRAFISCHE REFERENTIES

Social Maturity Scale

Doll, E. A., *The measurement of social competence. A manual for the Vineland Social Maturity Scale*. S. 1., Educational Test Bureau, 1953, 664 pp.

Groen, K. & Houwink, R. H., *De Dolderse Schaal. Een methode ter bepaling van de sociale redzaamheid en de sociale informatie*. Groningen, J. Wolters, 1966.

Burdock Ward Behavior Rating Scale

Burdock, E. I. & Hardesty, Anne S., *Ward behavior inventory (WBI). Manual*. New York, Springer Publishing Co, 1968.

Raskin, A. & Clyde, D. J., Factors of psychopathology in the ward behavior of acute schizophrenics. *J. consult. Psychol.*, 1963 (27), 420-425.

Burdock, E. T., Hakerem, G. et al, A ward behavior rating scale for mental hospital patients. *J. clin. Psychol.*, 1960 (16), 246-48.

Psycho-physiolog. Inventory

Srole, L. et al., *Mental health in the metropolis. The Midtown Manhattan study*. N.Y., McGraw Hill, 1962.

Wilde, G. J., *Neurotische labiliteit gemeten volgens de vragenlijstmethode*. Amsterdam, J. van Rossen, 1962.

Draw-a-Person

MacHover, K., *Personality projection in the drawing of the human figure. A method of personality investigation*. Springfield (Ill.), Ch. C. Thomas, 1965 (6th pr.).

Urban, W. H., *The Draw-a-Person. Catalogue for interpretative analysis*. Los Angeles (Cal.), WPS, 1968.

McElhaney, M., *Clinical psychological assessment of the human figure drawing*. Springfield (Ill.), Ch. C. Thomas, 1969.

Literatuur Foster Family Care

Crutcher, Hester B., *Foster Home Care for Mental Patients*, New York, The Commonwealth Fund, 1944.

Dumont, Matthew P., M. D., Aldrich C. Knight, M. D., 'Family Care after a thousand Years — A Crisis in the Tradition of St Dymphna', *American Journal of Psychiatry*; Vol. 119, (2) Aug. 1962, 116-121.

Morrissey James R., 'The Care for the family Care of the Mentally Ill', *Community Mental Health Monograph* No. 2, New York, Behavioral Publications, Inc., 1967.

Stycos, J. Mayone, 'Family Care: A Neglected Area of Research' *Psychiatry*, Vol. 14, Aug. 1951, 301-306.