

Wegen naar een „therapeutische leefgemeenschap” voor psychiatrische patiënten

door Drs I.E.I.M. van Eynde

De 'therapeutische gemeenschap' als ideologie

Maxwell Jones

Het werk van Maxwell Jones ligt aan de basis van de 'therapeutische gemeenschap', een model van intramurale hulpverlening waarvan tot op heden een grote aantrekkingskracht uitgaat. Streven naar een 'therapeutische gemeenschap' werd en wordt door velen beschouwd als *de* mogelijkheid om de traditionele psychiatrische inrichtingen radikaal te vernieuwen.

Jones stelt als vereisten voor een therapeutische gemeenschap:

- 1 two-way-communication at all levels: op elk niveau een communicatie in twee richtingen; deze communicatie is nodig opdat eenieder is geïnformeerd over datgene wat in de gemeenschap gaande is;
- 2 decision-making at all levels: besluitvorming op elk niveau;
- 3 shared leadership: het delen van macht; democratisering;
- 4 concensus in decision-making: overeenstemming bij de besluitvorming dient volgens concensus te geschieden;
- 5 social learning by social interaction here-and-now: het leren van het sociaal interactie-proces door middel van rol- en gebeurtenissen-analyse in de gemeenschap; adaptatie aan de eisen van de therapeutische gemeenschap leidt tot adaptatie aan de eisen van de maatschappij.

Volgens Bierenbroodspot zijn deze 'postulaten' van Jones in feite praktisch-technische richtlijnen waaraan een aantal grondprincipes ten grondslag liggen die hij als volgt samenvat: het democratisch principe, het non-directief principe, het éénvormigheidsprincipe, het realiteitsprincipe, het prospectieve principe.

(a) *Het democratisch principe* – Gezien als tegenhanger van het oude, autoritaire systeem, wordt de nadruk gelegd op de grotere vrijheid voor de individuele patiënt. Het autoritaire systeem versterkt de reeds door de massa-werking van het ziekenhuis in de

hand gewerkte regressie en infantilisering. Het resultaat hiervan is dan een gefixeerde defect-toestand, de 'institutional neurosis'. De individuele patiënt wordt met dit principe opnieuw in staat gesteld zelfstandig te kiezen, zijn eigen leven te leiden en te bepalen, verantwoordelijkheid te dragen. Hierin zit het opvoedingselement.

Dit principe veronderstelt vrijheid binnen een bepaalde structuur. Het staat zowel tegenover het structuurloze extreem-vrije en extreem-tolerante 'anarchisme' als tegenover het autoritarisme. Essentieel voor dit principe is de 'sharing of power', de verschuiving van de macht in het ziekenhuis van de top naar de patiënt zélf toe. Openheid der communicatie is hierbij een voorwaarde.

(b) *Het non-directieve principe* — De 'klassieke' therapeutische gemeenschap is non-directief. Men gaat ervan uit dat met het scheppen van een zo gunstig mogelijke 'therapeutic culture' de eigenlijke therapie 'vanzelf' loopt.

Overeenkomstig dit principe wordt weinig aan individueelgerichte therapeutische planning gedaan, behoudens het benadrukken van de rol van de patiënt als volwaardige partner in de groep. De problematiek van de individuele patiënt komt weinig ter sprake. Soms bestaat de neiging het ziekzijn te ontkennen.

(c) *Het éénvormigheidsprincipe* — Impliciet wordt aangenomen dat één en dezelfde therapeutische procedure gunstig zal zijn voor alle betrokken patiënten, hoe verschillend ook de geaardheid van hun aandoening. Wanneer dit principe in de praktijk aanleiding geeft tot moeilijkheden gaat men over tot een strenge selectie van het patiëntenbestand. Met dit principe hangt samen dat de belangstelling van de individuele patiënt naar de groep verschuift.

(d) *Het realiteitsprincipe* — Het accent ligt in de eerste plaats op de realiteit van de tussenmenselijke relatie, in de opgave hier-en-nu met anderen te leren omgaan en met hen een gemeenschap op te bouwen.

(e) *Het prospectieve principe* — Behalve op het heden is de aandacht van de therapeutische gemeenschap duidelijk op de toekomst gericht. Vooral in de revalidatie speelt dit principe een grote rol.

Nuyens en Ampe formuleren op basis van M. Jones de basisprincipes van de therapeutische gemeenschap als volgt:

(a) *democratisering*, dat wil zeggen alle personeelsleden en patiënten zoveel mogelijk rechtstreeks bij de besluitvorming betrekken: 'everyone should have just one say. Patients should help decide how other patients should be treated and should take a good deal of responsibility for this';

(b) *permissiviteit*, dat wil zeggen zoveel mogelijk ook gestoord en storend gedrag van de patiënten tolereren en in interpersoonlijke relaties opvangen: 'in the face of abusiveness or destructiveness, discipline is minimized and discussion emphasized. Rules should be deemphasized. Tension, restlessness and anxiety in patients should not be avoided';

Wegen naar een 'therapeutische leefgemeenschap'

(c) *communalisme*, dat wil zeggen ten behoeve van de communicatie tussen alle betrokkenen het ziekenhuis tot een hechte gemeenschap maken: 'staff and patients should share all facilities without distinction. Everything patients say or do, should be used for treatment, and everything is everyone's business. Everyone should freely express his thoughts and feelings';

(d) *realiteitsconfrontatie*, dat wil zeggen de patiënt voortdurend confronteren met zijn eigen daden en de consequenties ervan: 'outside problems should not be avoided or forgotten. The emphasis should not be on rest, comfort and escape from stress and strain'.

Van de Lande geeft de volgende interpretatie van M. Jones' principes voor de psychotherapeutische gemeenschap 'Amstelland':

1 Democratisering:

(a) het individu stimuleren tot het dragen van eigen verantwoordelijkheid ten aanzien van het therapeutisch proces;

(b) de groep stimuleren om gezamenlijk het groepsbeleid te bepalen;

(c) het functioneren van de gehele leefgemeenschap afhankelijk stellen van gedeelde verantwoordelijkheid.

2 Permissiviteit:

(a) het individu ruimte bieden voor het experimenteren met nieuwe gedragspatronen zonder dat dat direct tot een veroordeling leidt;

(b) een groep aanbieden waarin gedragspatroon en onderlinge relaties ter discussie gesteld worden;

(c) een leefklimaat zo structureren, dat individuele ontplooiingsmogelijkheden en de eisen van het leven in een gemeenschap op elkaar zijn afgesteld.

3 Realiteitsconfrontatie:

(a) ieder individu voortdurend confronteren met de interpretatie die anderen aan zijn/haar gedrag geven, zowel in individuele contacten als in de groep en in het totale leefmilieu;

(b) een groep confronteren met de invloed die zij als groep heeft op de gemeenschap;

(c) de gehele therapeutische gemeenschap confronteren met de invloed die zij heeft op en ondergaat van de maatschappij waar zij deel van uitmaakt.

4 Uniformiteit in de behandeling:

(a) ieder individu een gelijk behandelingspakket aanbieden met een beperkte vrijheid daaruit te kiezen;

(b) per groep een zodanig programma aanbieden dat slechts één behandelingsproces tegelijk kan plaatsvinden;

(c) de leefgemeenschap zodanig structureren, dat ieder individu en iedere groep gelijke kansen krijgt.

Volgens Oosterlee wordt de therapeutische gemeenschap in toenemende mate gezien als doelstelling van en tegelijkertijd belangrijkste therapeuticum in een psychiatrisch instituut. Hij treft in de conceptie van een therapeutische gemeenschap in welke vorm en onder welke omstandigheden (neurosekliek, delinquentenkli-

niek, jeugdkliniek, enz.) in praktijk gebracht, de volgende basiselementen aan:

- a nadruk op het persoon zijn van de patiënt/cliënt;
- b therapeutische relaties zijn uitgangspunt voor en middel tot verandering: (groeps)psychotherapie en/of social learning (al worden andere behandelingsmethoden niet altijd afgewezen);
- c nodig is een totaal arrangement van de omgeving van de patiënten, dus van het betreffende psychiatrisch instituut, inclusief organisatie en bouwwijze.

Ideologie

Nuyens en Ampe hebben zich in verband met de therapeutische gemeenschap van M. Jones afgevraagd of het hier om een 'ideologie' of om een 'technologie' ging. Zolang men volgens deze auteurs niet empirisch heeft aangetoond welke specifieke effecten een klaar en duidelijk geoperationaliseerd therapeutisch milieu heeft voor welk type patiënten, verschijnt het therapeutisch milieu veeleer als een ideologie dan als een technologie. Onder 'ideologie' verstaan Nuyens en Ampe 'een systeem van opvattingen, die een duidelijke legitimatie van de eigen positie inhouden, terwijl technologie dan refereert naar het geheel van middelen waarover men op een bepaald ogenblik beschikt om vooropgestelde objectieven te realiseren.' Vooraleer over te gaan tot uitspraken over de relevantie van het 'therapeutische gemeenschapsmodel' voor de psychiatrische inrichting, lijkt het ons zinvol na te gaan wat onder het begrip 'ideologie' kan worden verstaan. Dan dringt zich verder de vraag op of ten aanzien van de therapeutische gemeenschap van een 'ideologie' kan worden gesproken.

In 'Grondbegrippen van politiek' geeft Kuypers een beknopte schets van de verschillende betekenissen van het begrip 'ideologie'. Aanvang 19e eeuw werd dit begrip gelanceerd door een groep Franse denkers die zichzelf 'ideologen' noemden. Een der leden van deze groep, A. L. C. Destutt de Tracy, publiceerde tussen 1801 en 1815 een meerdelig werk onder de titel 'Les éléments de l'idéologie'. Hij beoogde hiermee een wetenschap van het denken, een theorie der ideeën op te bouwen. Hieronder viel ook een 'grammatica' en een 'logica'. Door systematische bestudering van de fysische en psychische organisatie van de mens en van diens natuurlijke omgeving, trachtten de 'ideologen' praktische regels op te stellen voor opvoeding, ethiek en politiek. Voor Marx betekent 'ideologie' de 'hele geweldige bovenbouw van de economische productieverhoudingen'. De term 'ideologie' was nooit vrij van enige ongunstige bijklank. In het werk van Mannheim, 'Ideologie en utopie', krijgt het 'ideologisch' denken zelfs een uitgesproken negatieve betekenis, het is een denken hangend tussen leugen en dwaling. Het is een 'standortgebundenes Denken' dat leidt tot 'falsches Bewusstsein'. Uit latere ideologieënstudies blijkt dat een ideologie altijd een 'functie' heeft. Voor iedere grote politieke stroming, een strijd, een beweging is een 'ideologie' onmisbaar. Sommige auteurs leggen het verband tussen ideologie en

propaganda, indoctrinatie, het uitbannen van twijfel en kritische discussie. Aansluitend hierbij publiceert Bell in 1960 'The End of Ideology', waarin de opkomst van de 'ontideologisering' wordt beschreven, de politiek der technocraten en pragmatisten.

Volgens Kuypers is het huidige beeld weer geheel anders. De jaren zeventig zijn vol ideologische strijd. Het is ook hiervoor nodig de inhoud van dit begrip nauwkeurig te bepalen. Kuypers definieert het begrip als volgt: 'een samenhangend geheel van voorstellingen en beginselen, met behulp waarvan een persoon of groepering zijn positie en zijn beleid bepaalt en rechtvaardigt'. Tot de elementen van een ideologie behoren voorstellingen van een bestaande situatie, van lang vervlogen situaties of van een geheel nieuwe situatie; ook behoren hiertoe doelstellingen, verwachtingen, normen en beginselen. Wat deze elementen, voorstellingen en beginselen tot een ideologie maken is hun onderlinge samenhang. Ideologisch denken is samenhangend denken, vormt een 'systeem'. De Franse president V. Giscard d'Estaing ziet de betekenis van ideologieën in 'het leveren van verklaringen die het mogelijk maken de werkelijkheid te analyseren om richting te geven aan het handelen'. Hij stelt bij de aanvang van zijn werk 'Naar een ware democratie': 'Geen enkele maatschappij kan leven zonder een ideaal dat haar inspireert en een helder inzicht in de principes die tot leidraad dienen bij haar organisatie. De perioden van grote beschaving zijn die waarin die voorwaarden hand in hand gaan.'

Zowel volgens de definitie van Kuypers als volgens de omschrijving van Giscard d'Estaing kan de 'therapeutische gemeenschap' beschouwd worden als een ideologie. Zoeken naar een inspirerend ideaal en richtinggevende principes blijft ook voor therapeutische centra een steeds terugkerende opgave. Als zodanig staat de 'ideologie' niet tegenover de 'technologie', maar de ideologie richt en draagt de waardenvrije technologie.

Na de constatering dat de 'therapeutische gemeenschap' als een ideologie kan worden beschouwd, is het zinnig de dragende elementen nader te onderzoeken. Anders kan de vraag of deze ideologie voor de psychiatrische inrichting al dan niet relevant is, niet worden beantwoord.

Democratie en democratisering

Wie een poging onderneemt om zich te oriënteren in de literatuur omtrent de 'therapeutische gemeenschap' stuit voortdurend op de begrippen 'democratie' en 'democratisering'. Wij beschouwen het principe der democratie als het meest centrale en belangrijkste element uit de ideologie der therapeutische gemeenschap.

Het streven naar 'democratie' en 'democratisering' beheerst onze tijd. Van geen ander politicologisch concept uit de Griekse Oudheid gaat heden ten dage een grotere fascinerende werking uit. Geen ander begrip vertolkt kernachtiger onze hoge achting voor de vrijheid en waardigheid van de menselijke persoon. Geen

ander begrip spreekt sinds de Amerikaanse 'Declaration of Independence' uit 1776 en de Franse 'Déclaration des droits de l'homme et du citoyen' uit 1789 ons politiek bewustzijn meer aan. Met de val van het Ancien Régime in 1789 raakte de Westerse cultuur in de ban van de met de politieke democratie zo totaal verweven eis tot 'Liberté, égalité, fraternité'. Het democratisch ideaal blijkt sinds de 18e eeuw zo inspirerend en roept zowel op theoretisch als op praktisch niveau zoveel vragen op dat hierover zich een bonte verscheidenheid aan meningen, interpretaties, theorieën en ideologieën tot op heden blijven ontwikkelen. Deze veelheid aan interpretaties maakt een zinnige communicatie over het begrip 'democratie' niet eenvoudig.

Democratie, middel of doel?

In bovenstaand wordt sprekend over het 'democratisch ideaal', het streven naar 'vrijheid, gelijkheid en broederschap', 'democratie' niet zo zeer beschouwd als een middel doch als een doel. Een maatschappij zou meer democratisch worden naarmate meer sporen van het ideaal te onderkennen zijn. Kuypers geeft een aantal opvattingen over het begrip 'democratie' die hierbij aansluiten: – Voor sommigen is democratie het inbegrip van al wat wenselijk is. Het is bijv. een program van vrijheid, gelijkheid en broederschap. Voorzover men hierbij aan een systeem denkt, denkt men vooral aan de 'output' van het systeem. Hoeveel vrijheid hebben de burgers? Welke besluiten worden genomen? Voorzover men aan regeren denkt, denkt men vooral aan het 'government for the people'. Dit is ook het accent in de communistische opvattingen van democratie. De Sowjet-staat is democratisch, omdat alles wat hij doet gedaan wordt voor het gehele volk. Dat slechts een voorhoede van dat volk – de partij – invloed heeft op de besluiten, is dan van minder belang.

– Voor anderen is democratie een wijze van leven. Reeds Pericles verklaarde – en met trots – dat de burger van Athene een democraat was in de omgang: 'Als onze buurman doet waar hij plezier in heeft, dan slaan wij hem gade zonder ons te ergeren.' Een democratische persoonlijkheid, aldus in onze tijd Barbu, is een flexibele persoonlijkheid. Zo iemand leeft zonder veel innerlijke conflicten en verdringen. Hij individualiseert bij het oordelen, hij beheerst zijn emoties, hij staat open voor andere meningen, hij kan andere mensen begrijpen, hij kan gedachten en ervaringen uitwisselen, hij verdraagt vaagheden, hij staat positief tegenover veranderingen, hij kan samenwerken, hij is tactvol, fatsoenlijk, tolerant, hij heeft gevoel voor humor en hij heeft hobby's. Kuypers stelt dat beide opvattingen voorbij gaan aan de vraag wat democratie nu eigenlijk is, de eerste door te accentueren wat zij ondersteld wordt voort te brengen, de tweede door voorwaarden te accentueren die ondersteld worden aan haar vooraf te gaan.

Wil men het begrip 'democratie' ontwarren uit het kluwen van gedachten en gevoelens waarin het verweekeld is geraakt, dan zal men het volgens Kuypers moeten beschouwen als een 'systeem

van besluitvorming'. Hij beschouwt democratie als een middel, niet als een einddoel. Het is een systeem, niet de output van een systeem. Kuypers komt dan ook niet tot een definitie van 'democratie' maar van een 'democratische organisatie'. Hieronder verstaat hij 'een organisatie waarin door de leden een bepaalde invloed kan worden uitgeoefend hetzij op de samenstelling van het bestuur der organisatie, hetzij op de beleidsvoering der organisatie'. Tegenover een 'democratische organisatie' staat volgens Kuypers een 'autocratische organisatie', een organisatie waarin door leden een bepaalde invloed hetzij op de samenstelling van het bestuur der organisatie, hetzij op de beleidsvoering der organisatie niet kan worden uitgeoefend. 'Democratisering' betekent het vervangen van een autocratische organisatie door een democratische, het reorganiseren van een organisatie in democratische zin. Door middel van 'democratisering' worden burgers betrokken bij het bestuur, of bij meer sectoren en fasen der beleidsvorming.

Enigszins in dezelfde zin als Kuypers onderscheidt Stassen een democratie in formele en in materiële zin. In het ene geval heeft democratie primair een instrumenteel karakter, fungeert zij als mechanisme, met behulp waarvan de actuele conflicten in een heterogene samenleving kunnen worden beslecht, in het andere geval belichaamt democratie wezenlijk de solidariteit van de groep (code broederschap) die algemeen aanvaarde waarden nastreeft.

Politieke democratie en participatie-democratie

In de Discussie-Nota van de 'Commissie voor advies inzake het democratisch en doelmatig functioneren van gesubsidieerde instellingen' wordt onderscheid gemaakt tussen 'democratie' en 'democratisering'. 'Democratie' betekent meestal 'politieke democratie'. Hierbij wordt in de nota de definitie van Ter Hoeven geciteerd: 'Democratie houdt de belofte in van een staatsbestuur dat handelt naar de inzichten van het volk. De verwachting van een meerderheid is de leidraad van de regeerders'. Evenals in de omschrijving van Abraham Lincoln 'government of the people, by the people, for the people', geldt dat het volk het centrale element vormt.

Stellend dat het volk het uitgangspunt vormt van de democratie, komt verder in de politieke democratie het volk in zijn geheel nauwelijks meer ter sprake in de discussie over machts- en bevoegdheidsuitoefening in de democratische staat. Verder wordt in staatsrechtelijke en politicologische literatuur de aandacht geconcentreerd op de wijze waarop het volk vertegenwoordigd wordt. In de Westerse traditie staan *representatie en verkiezingen* centraal in de democratische theorie en praktijk. Verder geraken de gerepresenteerde burgers op de achtergrond en staat het volk in de schaduw van de representanten. Als reactie tegen deze en soortgelijke opvattingen tekent het streven zich af naar vormen van democratie die met behoud van de politieke representatie meer nadruk leggen op de '*participerende burgers*'. Dit streven

naar meer participatie, naar democratisering richt zich nu niet alleen op de politieke overheden maar ook op privaatrechterlijke instellingen en ondernemingen.

In 'Representatie en participatie' voert van der Burg een pleidooi, niet voor de afschaffing van de 'representatieve democratie', maar voor een accentverschuiving van representatie-democratie naar participatie-democratie. Volgens van der Burg realiseert men zich te weinig dat democratie per definitie representatie-democratie is. De accentverschuiving moet wel betekenen dat de bestaande representatieve democratie wordt opgesierd met participatorische elementen. Inspraak, openheid en openbaarheid zijn de slagwoorden van het streven naar participatie-democratie. Inspraak en representatieve democratie zijn in beginsel wel verenigbaar. De bevoegde organen beslissen nadat groepen van belanghebbenden hun zegje hebben gedaan. In deze omschrijving ligt volgens van der Burg al het conflict besloten.

Democratisering

Bovengenoemde Discussie-Nota stelt dat nog minder dan 'democratie' 'democratisering' een term is met een duidelijke inhoud. Democratisering is veel meer een slagwoord, een strijdkreet, die gericht is op het verminderen van autoritair en eenzijdig optreden, op het ombuigen van verticale relaties van afhankelijkheid en onderschikking tot horizontale relaties van overleg en participatie. Democratisering heeft een veel ruimere betekenis dan het werkstelligen van politieke democratie. Alle sectoren van het maatschappelijk leven worden erdoor beroerd.

Stassen stelt dat democratie – hoe ook geïnterpreteerd – slechts zinrijk kan functioneren wanneer haar werkingssfeer niet tot het staatkundige beperkt blijft, maar wanneer ook andere sectoren der samenleving gedemocratiseerd worden. Deze 'congruentie van gezagspatroon' in bedrijfsleven, verenigingswezen, kerk, onderwijs, gezin, wordt niet alleen als logische vervolmaking van de politieke zeggenschap aanbevolen, maar ook wegens de onmiskenbare en intensieve wisselwerking tussen staat en maatschappij met nadruk bepleit. Wij vragen ons in dit verband af of het falen van de parlementaire democratie der Weimar-republiek niet mede te wijten is aan een extreme incongruentie tussen 'staatkundige democratie' en 'maatschappelijke democratisering'.

De grond van het streven naar democratisering ligt uiteindelijk in het respect voor de menselijke waardigheid, in de gedachte dat mensen nimmer gereduceerd mogen worden tot objecten van zorg en leiding, doch dat zij een stem moeten hebben in de omstandigheden waaronder zij leven en werken. Bij het gebruik van de term 'democratisering' treden een aantal verschilpunten op met de klassieke opvattingen over representatieve democratie. Het belangrijkste onderscheid is wel dat de democratische theorie uitgaat van het begrip volk en onderzocht hoe in *algemene zin* de uitoefening van het oppergezag in de staat moet worden georganiseerd. De beschouwingen over democratisering gaan uit van

groepen belanghebbenden en betrokkenen van allerlei aard en worden geconfronteerd met de vraag of die belanghebbenden en betrokkenen beschouwd kunnen worden als, of geformeerd kunnen worden tot een zichzelf regerende gemeenschap.

Democratisering van de psychiatrische inrichting

Kennis nemend van de Nederlandse publikaties over psychiatrische inrichtingen zal men moeilijk tot de conclusie komen dat het uitpuilt van beschouwingen over de mogelijkheden tot democratisering. In gezaghebbende studies zal men vergeefs zoeken naar democratie, democratisering of hiermee te associëren begrippen. Meestal hult men zich ten aanzien van onderwerpen als inspraak, medezeggenschap van medewerkers, rechten van de patiënt etc., in een zeer algemeen taalgebruik dat op zijn zachtst gezegd niet vrij is van enige vaagheid. Deze constatering steekt schrill af tegen het feit dat in de eerste helft van dit decennium op verschillende plaatsen aan het front een strijd gestreden werd die voor de democratisering van de intramurale zorg van grote betekenis mag worden geacht. Wie het verloop hier te lande van het Dennendal-conflict volgde en niet ziende blind was, kon weten dat het om nog iets anders ging dan om de bedreigde lichamelijke hygiëne van de zwakzinnigen en de alternatieve theetuin van de psycholoog-directeur.

De groeiende tendenzen tot democratisering in de gezondheidszorg vonden ook hun neerslag in de 'Structuurnota Gezondheidszorg' van Hendriks. In deze nota wordt de 'vermaatschappelijking' van de gezondheidszorg toegespitst op de 'democratisering'. Hendriks maakt onderscheid tussen democratisering als mentaliteit en als wijze van organiseren en besluitvorming. De mentaliteit speelt vooral in het intermenselijk vlak; de wijze van organiseren en besluitvorming uiteraard vooral in de organisaties en bestuurlijke situaties. Bij de verbetering van de democratische mentaliteit wordt aangestipt: een zoveel mogelijk tot zijn recht laten komen van de individualiteit en gelijkberechtigtheid van de patiënt. Ieder behandelingsstelsel zal zodanig open en flexibel moeten zijn dat aan de wensen en klachten van de patiënt maximale aandacht wordt gegeven. Dit wordt vooral van belang geacht voor die situaties waarin de patiënt in feite weinig keuze heeft, waarin hij geen 'vrije consument' is, maar zich min of meer noodgedwongen toevertrouwt aan het zorgstelsel.

Wat de democratisering in organisaties en bestuurlijke situaties betreft, dit speelt volgens Hendriks op alle niveaus van de gezondheidszorg. Binnen de organisaties van hulpverlening betekent dit een adequate participatie van werkers in een besluitvorming en een controlemogelijkheid van (potentiële) patiënten. Het streven naar een betrekken van de werkers en wellicht ook (potentiële) patiënten bij de besturing van hulpverleningsorganisaties is een bijdrage aan deze vorm van democratie. De decentralisatie van de gezondheidszorg naar bestuursgewesten is eveneens een vorm van democratisering. Tenslotte wordt gesteld dat openbaarheid van

advisering en besluitvorming een toetssteen is voor een democratische besluitvorming.

De democratiseringsproblematiek van de psychiatrische inrichting speelt op twee niveaus: in de relatie tussen medewerkers onderling of tussen 'bestuurders' en 'bestuurden' enerzijds en in de relatie tussen medewerkers, behandelaars, en patiënten anderzijds. Alhoewel wij er ons van bewust zijn dat deze twee niveaus sterk met elkaar samenhangen en elkaar wederzijds beïnvloeden, laten wij in het kader van dit artikel het eerste niveau buiten beschouwing. De recente studie van van Wijmen, 'Het Ziekenhuis, democratisering en bestuursstructuur' richt zich voornamelijk op het eerste niveau, de relaties tussen 'bestuurders' en 'bestuurden'. De enige auteur die in intramurale kring de algehele stilte rondom de democratisering op het tweede niveau, de relaties tussen behandelaars en patiënten, heeft doorbroken is Bierenbroodspot. Hij heeft de grote verdienste met zijn studie 'De therapeutische gemeenschap en het traditionele psychiatrische ziekenhuis' en in daaropvolgende artikelen man en paard te noemen en de democratisering als zodanig expliciet aan de orde te stellen.

Volgens Bierenbroodspot ligt het voornaamste geschilpunt tussen de therapeutische gemeenschap en het traditionele psychiatrische ziekenhuis in de democratisering (en het ermee gepaarde verlies aan directiviteit). In het traditionele psychiatrische ziekenhuis is de democratisering buitengewoon gering; de patiënt geniet alleen maar 'voorrechten' maar geen rechten. Bierenbroodspot stelt dat in een kliniek van democratisering kan worden gesproken wanneer de patiënten-als-groep van de staf (enige) macht en verantwoordelijkheid krijgen toebedeeld, en dat democratie in de kliniek (als sociaal model) inhoudt de wijze, waarop deze gedelegeerde macht en verantwoordelijkheid door de patiënten onderling wordt gehanteerd (namelijk volgens het principe van besluitvorming door consensus of door meerderheid van stemmen). In bovengenoemde studie heeft Bierenbroodspot, het wat, hoe en waarom van de democratisering van de psychiatrische inrichting helder geanalyseerd. Hij komt tot conclusies die nog niets van hun actualiteit verloren hebben:

- 1 - Een zekere mate van democratisering lijkt ons, óók in het traditionele psychiatrische ziekenhuis, van groot belang ter bestrijding van de ongunstige effecten van een te autoritair systeem.
- 2 - De democratisering sluit in zoverre aan bij de tradities van het traditionele ziekenhuis, voorzover zij kan worden geformuleerd als 'de overbrenging van de principes van de activerende therapie van het individu naar de patiënten als groep'.
- 3 - Democratisering houdt niet in het verlenen van inspraak, doch de delegatie van macht en verantwoordelijkheid.
- 4 - Hierbij doen zich beperkingen voor van principiële en niet-principiële aard: de eerste zijn het gevolg van de positie en de doelstelling van de psychiatrische kliniek in de maatschappij als geheel, de tweede groep belemmeringen komen voort uit persoonlijke weerstanden tegen democratisering bij patiënten en staf.

5 – Door een duidelijke explicitering van de mate en wijze van delegatie van macht en verantwoordelijkheid is de mogelijkheid van een dosering van de democratisering gegeven.

6 – Democratisering is het middel bij uitstek om de groep als geheel met de realiteit te confronteren en daardoor dependente tendenties en regressie tegen te gaan.

De democratisering van de psychiatrische inrichting zal zich waarschijnlijk in de toekomst verder doorzetten op de bovengenoemde twee niveaus. Op het eerste niveau, de relatie tussen bestuurders en bestuurd, gaat de democratisering in de richting van representatie en toenemende participatie (de Ondernemingsraad is hiertoe een eerste stap). Op het tweede niveau, de relatie tussen behandelaars en patiënten, gaat de democratisering in de richting van toenemende participatie.

Spanningen tussen ideologie en praxis

Zoals iedere ideologie is ook de ideologie van de therapeutische gemeenschap een 'geconstrueerd' systeem. Haar elementen hangen goeddeels samen omdat de ideologische denker ze *doet* samenhangen. Sommige elementen worden hierdoor een rationalisatie, een misinterpretatie of een ontkenning van een stuk werkelijkheid. Tussen een ideologie en de praxis ligt een continu spanningsveld. Hoe geslotener het ideologisch denken, hoe groter het risico van de werkelijkheid te vervreemden; over deze vorm van ideologisch denken merkte Hanna Arendt op: 'You can't say A without B and C and so on, down to the end of the murderous alphabet'. Volgens Kuypers is een ideologie primair te beoordelen op grond van haar doelstellingen en beginselen, niet op grond van de mate waarin zij de werkelijkheid vertekent. Een ideologie kan zeer weinig rationalisaties bevatten en toch uitermate verwerpelijk zijn. Worden de rationalisaties echter te talrijk dan verliest ook een aanvaardbare ideologie haar geloofwaardigheid.

Mede gestimuleerd door de maatschappelijke tendenzen tot democratisering proclameerden nogal wat kleinere therapeutische centra, neurose-klinieken en afdelingen van psychiatrische ziekenhuizen de principes van M. Jones tot richtsnoer van het therapeutisch handelen. Dat het invoeren van Jones' ideologie in traditionele inrichtingen meestal aanleiding gaf en geeft tot nogal wat spanningen, conflicten, volgens Bierenbroodspot zelfs tot kwaadaardige hetzes, geeft te denken. Het is duidelijk dat deze spanningen mede worden veroorzaakt door de problemen rond de democratisering zoals ze zich in alle maatschappelijke regionen voordoen. Voor de gezondheidszorg komt hier trouwens nog als extra moeilijkheid bij dat in tegenstelling tot het bedrijfsleven in deze sector nog weinig traditie bestond op het vlak van theorievorming over en praktijk van de democratisering.

Toch zijn ons inziens niet alle spanningen te herleiden tot 'democratiseringsproblematiek' op zich. Tussen Jones' ideologie en de dagelijkse praxis binnen de psychiatrische inrichting blijkt een

continu spanningsveld te liggen dat aan een hoge druk onderhevig is. De oorzaken dienen te worden gezocht in de onduidelijkheid, beperkte toepasbaarheid en onvolledigheid van deze ideologie.

Onduidelijkheid

Stassen schrijft in zijn studie over democratie: 'Democratie betekent veel voor velen'. Het kan niet worden ontkend dat een bron van veel spanningen gelegen is in de vaagheid van de begrippen democratie en democratisering: ideaal of methode, welk ideaal, welke methode, representatie of participatie, etc. Bierenbroodspot, Zeitlyn, e.a., hebben gewezen op de grote verwarring rond het begrip 'therapeutische gemeenschap'. Bierenbroodspot merkt in dit verband op: 'In voordrachten en discussies valt op welke wijd en zijd verschillende werkwijzen daarbij onder één noemer, de therapeutische gemeenschap, worden gebracht: voor sommigen betekent het op progressieve(r) wijze het oude gestichtswerk doen, voor anderen het spreken met patiënten überhaupt, voor sommigen het houden van vooral frequente bijeenkomsten, voor weer anderen de duiding van onbewuste strevingen in het gedrag van patiënten en staf van de afdeling gelijkelijk.' Nuyens en Ampe laten zich ongeveer in dezelfde zin hierover uit: 'deze basisprincipes kunnen op uiteenlopende wijzen worden toegepast; bv. democratisering wordt door sommigen begrepen als open communicatie zonder meer, terwijl anderen er medebeslissingsrecht voor de patiënt onder verstaan.'

Beperkte toepasbaarheid

De principes van Jones hebben t.a.v. de populatie van de psychiatrische inrichting slechts een beperkte toepasbaarheid. Op welke wijze de democratisering ook gestalte krijgt, steeds gaat het op de een of andere wijze over vormen van inspraak, deelnemen aan discussies, omgaan met het woord. Vooral de socioloog Groenman legt op dit aspect van de democratie de nadruk. Groenman citeert een uitspraak van Pendleton Herring: 'that argument and debate-talk, talk, talk – are an essential of democratic rule'. Wij dienen ons hierbij goed te realiseren dat voor nogal wat psychiatrische patiënten deze vorm van communicatie niet de meest eenvoudige is. Aan onze zaalraden, patiëntencommissies etc., wordt binnen de inrichting wel door brede groepen 'geparticipeerd', maar een niet te verwaarlozen aantal patiënten voelt zich om welke reden dan ook tot deze 'parlementaire' omgang met het woord niet geroepen.

Let wel, wij hanteren dit niet als een mogelijk argument tegen het inspraak verlenen aan patiënten. Wij willen alleen wijzen op de spontane selectie die bij deze vorm van democratisering optreedt. Ook de zwakbegaafde epilepticus, de uiterst schuwe psychoselijder, of de bejaarde 'defecte' patiënt heeft het recht om te behoren tot een 'therapeutische gemeenschap'. Al deze groepen zijn dan mede door hun handicap weinig toegerust om te behoren tot het 'discussiërende volk'.

Naast voorgaande categorieën zouden wij ook kunnen wijzen op de recent gerezen vragen rond de positie van de zogenaamde 'moeilijke patiënten' in de inrichting. De geneeskundige hoofdinspectie van de geestelijke volksgezondheid bereikten de laatste tijd in toenemende mate klachten over het weigeren door psychiatrische ziekenhuizen om bepaalde patiënten op te nemen of, indien deze patiënten zijn opgenomen, hen weer snel te ontslaan. Het betreft ernstig gedragsgestoorde patiënten die een gevaar voor zichzelf of voor derden vormen, de zeer moeilijke alcohol- en drugverslaafden. Als ultimum refugium fungeert dan de R.P.I. te Eindhoven. Buis stelt dat de vermaatschappelijking van de psychiatrische ziekenhuizen die leidt tot meer openheid naar de maatschappij toe en naar een minder directief optreden – dat immers in de maatschappij zo veroordeeld wordt – tot gevolg heeft dat degenen die in de maatschappij buiten het psychiatrisch ziekenhuis al niet op hun plaats zijn, die in ernstige mate onmaatschappelijk zijn, nu ook in de psychiatrische ziekenhuizen geen plaats meer kunnen vinden. Dit is volgens Buis de keerzijde van de overigens gewenste vermaatschappelijking van de psychiatrische ziekenhuizen. Deze vermaatschappelijking, gepaard gaande met een toenemende democratiseringstendens en neiging tot permissiviteit, kan tot gevolg hebben dat de bereidheid tot behandelen van ongemotiveerde patiënten, patiënten die langdurig moeten worden behandeld, en patiënten tegen wier gedrag directief moet worden opgetreden, afneemt.

Onvolledigheid

Bierenbroodspot heeft de therapeutische gemeenschap volgens Jones vergeleken met het traditionele psychiatrische ziekenhuis. Hij constateerde de volgende overeenkomsten:

- zowel in het traditionele psychiatrische ziekenhuis als in de therapeutische gemeenschap tracht men de patiënt zoveel mogelijk met de realiteit te confronteren, vooral door gebruik te maken van een sociaal model van de maatschappij;
- in de aanpak van beide modellen zijn – in principe – prospectieve aspecten aanwezig, al heeft bij beide dit aspect te weinig expliciete aandacht gekregen.

Als voornaamste verschilpunten zag hij:

- het democratisch principe; van een democratisering in de zin van delegatie van macht is in het traditionele psychiatrische ziekenhuis geen sprake;
- het non-directief principe;
- de therapeutische gemeenschap is veel éénvormiger, veel uniformer; de traditionele afdeling is veel beter in staat individueel tegenspel te geven, doordat zij niet wordt belemmerd door democratische 'vooroordelen'.

Deze vergelijking geeft de 'onvolledigheid' van Jones' ideologie aan. Wat de punten van overeenkomst betreft kunnen wij het met Bierenbroodspot moeilijk eens zijn wanneer hij stelt dat ook het traditionele psychiatrische ziekenhuis de patiënt zoveel mogelijk

met 'de' realiteit tracht te confronteren. De realiteit van het traditionele psychiatrische ziekenhuis is geen 'maatschappelijke' realiteit, het is integendeel een 'ziekenhuisrealiteit', ver afstaand van het 'sociaal model van de maatschappij'. De 'prospectieve elementen' zijn in het 'ziekenhuismilieu' slechts aan de orde voor zover de opgenomen patiënt in medische zin kan worden 'behandeld'. Bij langdurige verpleging wordt de patiënt doorverwezen naar een uitzichtloze 'chronische sector'.

Voor het democratisch en het non-directieve principe is uiteraard in het traditionele ziekenhuis weinig ruimte. Het is op de traditionele afdeling makkelijker autoritair tegenspel te geven zonder te worden belemmerd door 'democratische vooroordelen'. Merkwaardig lijkt ons het feit dat Bierenbroodspot de therapeutische gemeenschap als 'veel eenvormiger, veel uniformer' beschrijft dan het traditionele ziekenhuismilieu. De grauwe eenvormigheid van de gehospitaliseerde patiëntenmassa's leek ons één van de karakteristieken van de traditionele inrichting! Is een meer gedifferentieerde en genuanceerde, meer op de individuele patiënt gerichte aanpak niet een van de belangrijkste oogmerken van de hervorming van het traditionele ziekenhuis tot 'therapeutische gemeenschap'?

Wie zoekt naar voorwaarden tot een therapeutische 'leefgemeenschap' voor psychiatrische patiënten zal hierover bij Jones weinig vinden. Op dit punt heeft zijn ideologie ons weinig te bieden. Toch ligt hier een brok actuele problematiek van de psychiatrische inrichting. Het traditionele psychiatrische ziekenhuis dient zich te ontwikkelen tot een therapeutische 'leefgemeenschap'. In de leefgemeenschap moet ruimte blijven ook voor 'moeilijke' en tot 'discussiëren' weinig toegeruste patiënten. Het invoeren van Jones' ideologie garandeert te weinig een radicale breuk met het traditionele 'ziekenhuismodel', maakt zelfs opvang en behandeling van bepaalde groepen psychiatrische patiënten onmogelijk, en geeft geen enkel zicht op een eventuele ontwikkeling tot een leefgemeenschap.

Onze kritiek op Jones richt zich niet principieel op de doelstellingen en beginselen – 'we are all democrats here' – dan wel op de vaagheid, de beperkte toepasbaarheid, en de leemtes in de ideologie. Kritische beschouwingen formuleren over de klassieke ideologie der therapeutische gemeenschap is makkelijker dan het ontwerpen van een bruikbaar alternatief. Een mogelijk alternatief voor het traditionele psychiatrische ziekenhuis lijkt ons de 'therapeutische leefgemeenschap'. De hierna volgende beschrijving van voorwaarden tot een dergelijke leefgemeenschap heeft geen ideologische pretenties. Het is alleen bedoeld als aanloop tot een ruwe schets.

Een therapeutische leefgemeenschap

Algemene en individuele behandelingsstructuur

De eerste voorwaarde tot een therapeutische gemeenschap is het

onderscheiden van een algemene en individuele behandelingsstructuur, waarbij de algemene behandelingsstructuur bestaande uit werk, wonen en vrije tijd, voorop staat. Wij hebben in 'Therapeutisch klimaat en sociotherapeutische praxis' de betekenis van dit onderscheid, dat wij ontleen aan de orthopedagoog Ter Horst, nader uitgewerkt.

Onder de algemene behandelingsstructuur verstaat Ter Horst de voor iedereen geldende behandelingssituaties: de leefsituatie, de onderwijssituatie, de arbeidssituatie, de vormingssituatie. Elk van deze situaties stelt specifieke therapeutische eisen en heeft geëigende therapeutische mogelijkheden. In de individuele behandelingsstructuur ligt het accent op het individuele, het unieke, het ongelijke, het alleen voor de ene persoon geldende. De leef-, onderwijs-, arbeids- en vormingssituaties zullen ook als individuele behandelingsstructuur fungeren. Daarnaast beschrijft hij als deel van de individuele behandelingsstructuur: de algemeen-medische benadering, de maatschappelijk werkbenadering, de neurologisch-psychiatrische benadering, de psychologische benadering, het individuele orthopedagogisch contact.

Het therapeutisch gebeuren beweegt zich tussen enerzijds de algemene en anderzijds de individuele behandelingsstructuur. Beide structuren mogen in het therapeutisch veld nooit te gescheiden optreden. Individualiserende momenten in de algemene behandelingsstructuur behoeden voor massificatie, maken van de collectiviteit een leefgroep. De algemene behandelingsstructuur behoedt anderzijds voor individualisme, kan als een 'realiteitsprincipe' fungeren t.o.v. de individuele. Ter Horst merkt bij zijn onderscheid tussen de algemene en individuele behandelingsstructuur zeer terecht op dat therapeutische medewerkers als zenuwartsen, maatschappelijk werkers, psychologen, psychotherapeuten, er soms wel toe neigen de waarde van hun relatie met de individuele cliënt, in zijn situatie van de pupil, te verabsoluteren. De algemene behandelingsstructuur wordt dan beschouwd als het vervlakkende, het noodzakelijk kwaad, het bedreigende, dat niet zelden wordt aangeduid als het 'pedagogische'. Naar de inrichtingspsychiatrie toe zou men dit kunnen vertalen in een tegenstelling tussen de therapeutische bedrijvigheid van niet-verpleegkundigen enerzijds en wat resorteert 'onder de verpleging' anderzijds.

In feite is een en ander het gevolg van het bij het ziekenhuismodel behorende onderscheid tussen 'behandeling' en 'verpleging'. Een onderscheid dat niet alleen grote consequenties had voor de organisatie van psychiatrische ziekenhuizen, doch mede voor het heersende 'therapeutisch klimaat'. Het basispatroon van de behandelingsstructuur is in het ziekenhuismodel de individueel gerichte arts-patiënt relatie. Een organisatorische hervorming in de richting van multidisciplinair samengestelde afdelingsteams verandert aan dit basispatroon in principe niets. Niet-medische teamleden, psychologen, maatschappelijk werkers, agogen, vullen dan met hun eigen discipline het oude basisschema in. Wat niet door enige discipline kan worden ingevuld valt dan meestal onder de

‘verpleging’.

In een therapeutische leefgemeenschap dient de algemene behandelingsstructuur, gevormd door de arbeids-, woon- en vrijetijds-situatie voorop te staan. De individuele behandelingsstructuur heeft slechts zin voor zover ingebed in een zo gewoon en natuurlijk mogelijk *arbeids-, woon- en vrijetijds-klimaat*. Pas dan heeft een adequaat therapeutisch klimaat gebaseerd op een zeer concreet ‘realiteitsprincipe’ enige kansen. Door het onderscheid tussen de algemene en individuele behandelingsstructuur wordt ook de traditionele scheiding tussen ‘behandeling’ en ‘verpleging’ opgeheven. De orthopedagoog Kok stelt: ‘Overal waar men actief handelend op een methodische wijze een beperkt doel beoogt, is men *‘behandelend’* bezig.’ Deze methodische aanpak ingebed en gedragen door een algemene behandelingsstructuur kan zowel van medische als van verpleegkundige, psychologische of agogische zijde plaatsvinden.

Architectonische vormgeving

Het onderscheid tussen de algemene en individuele behandelingsstructuur heeft verreikende architectonische en organisatorische consequenties. Wat de architectonische vormgeving betreft, de klooster-, kazerne-, of gevangenisachtige bouwstijlen der psychiatrische ziekenhuizen gaven meestal weinig ruimte tot menselijk wonen, menselijke arbeid en menselijke vrijetijdsbesteding. Heeft de arbeid dan nog enige traditie in de psychiatrische ziekenhuizen, aan de therapeutische mogelijkheden van wonen en vrijetijdsbesteding werd geen aandacht geschonken. In het traditioneel gangbare ‘ziekenhuismodel’ worden ‘wonen’ en ‘vrijetijdsbesteding’ ook niet beschouwd als horende tot de ‘algemene behandelingsstructuur’. Voor een kleine groep patiënten werd het accent gelegd op de individueel-gerichte medische behandeling. De grote massa der inrichtingsbewoners kon hiervoor niet meer in aanmerking komen, omdat deze vorm van ‘behandeling’ na enige tijd zinloos leek. Zij waren voor hun verder langdurig verblijf aangewezen op de arbeidstherapie, of wat men hieronder verstond, en op de verpleegkundige zorg op de afdeling. De architectonische vormgeving van de afdelingen was dan ook meestal van dien aard om een zo efficiënt mogelijke verpleging en verzorging te garanderen: massaliteit, maatschappelijk isolement, bewaking en controle. Rust, orde en netheid stonden hoog genoteerd. Een therapeutische leefgemeenschap is zonder een architectonische structuur, waarin ruimte tot een ‘persoonlijk leven’, met andere woorden ruimte tot menselijk wonen, arbeid en vrijetijdsbesteding bestaat, ondenkbaar. In ons artikel ‘Wonen en hospitalisatie’ hebben we een architectonische structuur beschreven – gewone woonhuizen – die wat wonen en vrijetijdsbesteding betreft, aan deze criteria voldoet.

Therapeutische omgangsvormen

De derde voorwaarde tot een therapeutische leefgemeenschap is

het onderscheiden van 'therapeutische omgangsvormen'. In 'Grundformen und Erkenntnis menschlichen Daseins' onderscheidt Binswanger in het veld van de tussenmenselijke omgangsvormen vier wijzen waarop de ene mens de andere neemt:

- 1 het nemen bij het oor, de beïndrukbaarheid of impressionabiliteit;
- 2 het nemen bij de zwakke plaats, de beïnvloedbaarheid, de suggestibiliteit of affectiviteit;
- 3 het nemen bij het woord, de verantwoordelijkheid of responsibiliteit;
- 4 het nemen bij de naam, de historiciteit.

Binswanger beschouwt deze omgangsvormen als vervallen vormen van de door hem als ideaal geziene omgangsmodus van het 'Liebend mit einander sein'.

Van der Drift onderscheidt op basis van Binswangers omgangsvormen vier opeenvolgende niveaus van gedrag:

- 1 het biologisch niveau (dressuur, druk);
- 2 het niveau van het jonge kind (gezag, suggestibiliteit);
- 3 het niveau van het vrije, sociale appèl (het woord, de responsibiliteit);
- 4 het niveau van het eigen mens zijn (de naam, de historiciteit).

Van der Drift acht voor de actievere therapie het taxeren van het niveau om mee te beginnen van het grootste belang. Hij resumeert de vier niveaus als volgt: 'het niveau van moeten, het behoren, het uit vrije aandrif doen en van het vrij zijn van dit alles voor zichzelf. Het laatste niveau houdt de eerste binnen de perken en doet ons zien dat het uiteindelijk gaat om de individuele mens, zijn gestalte en zijn waardigheid.' Uit deze laatste zin spreekt een personalistische antropologie. Het differentiëren van verschillende behandelingssituaties met geëigende therapeutische omgangsmodi is voor een therapeutische leefgemeenschap van de grootste betekenis. Oosterlee vestigde er de aandacht op dat een therapeutische gemeenschap erop gericht is de menselijke omgangsmodi tot ontplooiing te brengen. Dit houdt in dat de omgangsvormen druk, suggestibiliteit en responsibiliteit therapeutisch gehanteerd moeten worden, daarbij ruimte latend voor de omgangsmodus historiciteit. In het totale veld van betrekkingen dat voor een therapeutische gemeenschap gevormd wordt, moet volgens Oosterlee de mogelijkheid aanwezig zijn van afstemmen op de in de ziekte gegeven (en/of gelaten) omgangsmogelijkheden van de zieke. In een therapeutische leefgemeenschap voor psychiatrische patiënten moet ruimte zijn om afhankelijk van de heersende omgangsmodus van de patiënt, de verschillende modi (druk, reëducatie, sociotherapie) therapeutisch te hanteren. Slechts op deze wijze wordt voor alle patiënten enig perspectief geboden op de vierde omgangsmodus, namelijk de zelfstandigheid.

De indeling van de patiëntenpopulatie naar therapeutische omgangsmodi staat tegenover andere vormen van indeling, als naar opnameduur, sexe, chroniciteit, of diagnose, die eigenlijk therapeutisch veel minder relevant zijn. Onder deze laatste vormen van

indeling valt ook de differentiatie van Jongmans en Schudel, tussen A-bedden B-bedden en C-bedden, nl. observatie en behandeling (A), langdurige verpleging en verzorging (B), en speciale categorieën (C), die niet onder A of B vallen. De indeling tussen A-bedden en B-bedden waarbij de opnameduur (twee jaar) als criterium wordt gehanteerd, zou tot gevolg kunnen hebben dat patiënten voor wie een langdurige behandeling nog noodzakelijk is (bv. lijders aan hebefrenie, chronische psychoselijsers, zware neuroselijders), voor steeds minder intensieve klinisch psychiatrische behandeling in aanmerking kunnen komen. De psychiatrische patiënten die een hoog-gekwalficeerde intramurale behandeling het meest nodig hebben zijn ook de patiënten die meestal langer dan twee jaar in de inrichting verblijven. Wanneer een indeling in A-en B-bedden consequenties heeft t.a.v. de kwaliteit van de behandelingsituatie (personeelsbezetting, outillage, etc.) worden deze patiënten uiteindelijk de dupe.

Bij een indeling naar therapeutische omgangsmodi wordt met opnameduur, toekomstperspectief, sexe, diagnose, geen rekening gehouden. Het belangrijkste criterium is het *gedragsniveau* waarop de patiënt zich bevindt. De omgangsvormen druk en suggestibiliteit zijn op zich 'ondemocratisch', doch desalniettemin therapeutisch verantwoord omdat zij gericht zijn op de groeiende zelfstandigheid van de patiënt. Hierbij dient wel met nadruk te worden gesteld dat het klimaat waarin deze modi zijn ingebed vrij moet zijn van enige vorm van star autoritarisme. Het klimaat moet worden gedragen door de 'sympatheia'. Van der Drift zag de relatie tussen therapeut en patiënt gekenschetst door de '*Auctoritas*'; een relatie gericht op ruimtevermeerdering, relationering, toekomstige zelfstandigheid. Het '*Auctoritas*'-principe staat niet tegenover de democratisering, maar maakt de democratisering, in de betekenis van 'participatie' (van der Burg) eerst mogelijk. Voor deze 'participatie' wordt de grootste ruimte geboden op het 'sociotherapeutisch niveau'.

De sociotherapeutische omgangsvorm

Bras stelt dat een van de belangrijkste kenmerken van de recente veranderingen in de psychiatrische ziekenhuizen de belangstelling is voor de waarde van en het geloof in de groep, hoewel er in veel ziekenhuizen nog geen sprake is van leefgroepen of het hanteren van groepsrelaties. Anders geformuleerd, langzamerhand ontstaat binnen de psychiatrische inrichting aandacht voor de 'sociotherapeutische omgangsvorm'. Deze ontwikkeling werd voorbereid door na de Tweede Wereldoorlog verschenen studies over sociotherapie, milieutherapie, administratieve therapie, etc. waarin expliciet vragen werden gesteld naar de therapeutische betekenis van het inrichtingsmilieu als zodanig: bewoners, structuren, organisatievormen, non-human environment.

Carp maakt in zijn studie over sociotherapie een onderscheid tussen een Franse, Duitse en een Amerikaanse richting. De Franse activerende therapie, de '*sociothérapie*', wordt gekenmerkt door

een sterke beklemtoning van het individuele, het persoonlijke en een afkeer van het geschematiseerde, het collectieve. Het doel van de sociotherapie ligt in de individuele zelfverwerkelijking via de authentieke groepsvorming. Deze groepsvorming is meer dan een kunstmatige samenstelling van losse individuen. De Franse sociotherapeuten legden, geïnspireerd door psychoanalytische inzichten veel nadruk op de socialisatie van de agressie. De methodes, hiertoe gebezigd waren de verbale en dramatiserende. Ook de arbeid als mogelijkheid om de wereld ook lijfelijk te ontmoeten, wordt in deze vormen van sociotherapie, o.a. door Sivadon, hoog gewaardeerd.

De Duitse sociotherapie volgens H. Simon is meer dan de Franse 'biologisch' georiënteerd. Toch kent Simon in zijn opvoedingsmethodiek ook de geesteszieke mens de mogelijkheid toe vrij te kunnen zijn. Het accent ligt in de Duitse actievare therapie op de ordening in het geestesleven, de opheffing van onsociale gedragsvormen, minder op de stimulering van de behoefte tot samen-zijn en samen-doen, op het doen-met-en-voor-de-ander. Carp beschouwt de Duitse richting als min of meer onpersoonlijk, hoe verheugend de bereikte resultaten ook waren. De Franse sociotherapie ziet hij veeleer als een aanvulling en verdieping dan wel als een bestrijding van de inzichten van Simon.

De Amerikaanse sociotherapie is sterk sociaal-psychologisch en behaviouristisch georiënteerd. Alle accent wordt gelegd op een op aanpassing gerichte sociaalpsychiatrische bemoeienis met de geesteszieken. De sociotherapie is gericht op herstel van de verstoorde gemeenschapsbetrekkingen. Kenmerkend is verder een optimistische kijk op de mogelijkheid tot gedragsverandering, het aankweken van sociaal-aangepaste gedragsvormen. Er is in deze sociotherapie weinig ruimte voor de problematiek van het individuele zijn.

Organisatiestructuur

Aan de betekenis van de organisatiestructuur van het psychiatrisch ziekenhuis voor het 'therapeutisch milieu' is de laatste jaren veel aandacht besteed. In Nederland hebben Bambang Octomo en Bierenbroodspot hier studies aan gewijd. De organisatiestructuur van het traditionele psychiatrische ziekenhuis werd van Nederlandse 'antipsychiatrische' zijde door Foudraine gekarakteriseerd als een 'medisch-bureaucratisch machtsapparaat'. Toen de oude gestichten werden omgevormd tot 'ziekenhuizen', stond de organisatiestructuur van het algemeen ziekenhuis model. Dit liep volgens Bras uit op een vrij centralistisch apparaat met gedelegeerde bevoegdheden waarin begrippen als individuele behandeling, isolatie uit de samenleving en (medisch-verpleegkundig) vakmanschap hoog in aanzien stonden. Tegenover het 'centralistisch model' dat weinig ruimte geeft tot experiment en de nadruk legt op uniformiteit, plaatst Bras de 'gedecentraliseerde inrichting', bestaande uit heterogene kleine gemeenschappen die vrij autonoom zijn, waarin begrippen als persoonlijkheid, verschillende

soorten deskundigheden, gedemocratiseerd werken en verantwoordelijkheid van iedere werknemer van groot belang worden geacht. Bras geeft volgende redenen aan waarom moet worden gestreefd naar gedecentraliseerde inrichtingen:

- a de multidisciplinerende en heterogene verpleging die op komst is;
- b de zeer kwalijke gevolgen voor patiënten van de grote inrichting;
- c de werkbevrediging en de ontplooiing van alle medewerkers zonder onderscheid.

Naast de tegenstelling gecentraliseerd-gedecentraliseerd plaatst Bras de tegenstelling organisatiegericht-cliëntgericht. Onder organisatiegericht of 'institutioneel' gericht werken verstaat men onder meer: alle activiteiten binnen de inrichting houden, starre routine, omgaan met de afdeling als totaliteit, afwezigheid van uitzonderingen, grote sociale distantie tussen werker en cliënt en geen of weinig initiatief van de cliënt. De organisatiegerichte inrichting leidt uiteindelijk tot apathie en 'institutional neurosis' zowel bij patiënten-cliënten als medewerkers. In de cliëntgerichte inrichting wordt gezocht naar mogelijkheden om een 'sociotherapeutisch' en 'milieutherapeutisch' klimaat te creëren. Een onmisbare voorwaarde tot een dergelijk klimaat is het binnen de organisatie centraal stellen van de kleine leefgroepen en hun begeleiders.

Overzicht

Volgend schema geeft een beeld van de tegenstelling tussen het 'leefgemeenschapsmodel' en het 'ziekenhuismodel'.

Leefgemeenschap

- 1 Algemene behandeling-structuur, wonen, werk en vrije tijd, staat voorop
 - leefklimaat
 - leefgroep

2 Architectuur

- gewone woonhuizen
- kleine eenheden
- middelpunt: het huis
- geen ruimten voor verpleging en staf in de leefsituatie van patiënt
- maatschappelijke woonvorm - isolement doorbroken
- eigen 'territoir', 'leefruimte' voor patiënt
- woon- en leefcentrum
- een meer 'natuurlijke', gewone situatie

Ziekenhuis

- Individueel gerichte medische behandeling en verpleging staat voorop
 - ziekenhuisklimaat
 - massaliteit
- ziekenhuisbouw
- grote ruimten
- middelpunt: stafruimten
- ruimten voor verpleging en staf in directe omgeving van leefsituatie
- maatschappelijk isolement
- zeer weinig 'eigens', cfr. klooster- en kazernesituatie
- opbergplaats, wachtkamer-situatie
- artificieel, vervreemdend

Wegen naar een 'therapeutische leefgemeenschap'

- | | |
|---|--|
| 3 Sociotherapeutische omgangsvorm | Medisch-verpleegkundige omgangsvorm |
| – groot appèl op zelfwerkzaamheid van bewoner | – weinig appèl: patiënt ondergaat |
| – patiënt als 'medebehandelaar' | – patiënt als object van medisch-verpleegkundig handelen |
| – openheid naar informele relaties | – formele relaties |
| – relatieve deprofessionalisatie | – strakke rolverdeling |
| – verantwoord risico | – strakke controle |
-
- | | |
|-------------------------------|-----------------------------------|
| 4 Organisatie | |
| – decentralisatie | – centralisatie |
| – flexibele structuur | – rigide structuur |
| – hiërarchische structuur | – strakke hiërarchische structuur |
| tendeert naar het horizontale | |
| – kleine afdelingen | – grote afdelingen |
| – weinig overzicht | – goed overzicht |

Deze tegenstelling is afgeleid uit de sociotherapeutische praxis binnen het Sociotherapeutisch Centrum van het Psychiatrisch Ziekenhuis 'Wolfheze'.

Literatuur

- Arendt, H. (1962), *The Origins of Totalitarianism*, New York.
- Bambang Oetomo, R. (1970), *Van asyl tot revalidatiecentrum*, Wolters-Noordhoff, Groningen.
- Bell, D. (1960), *The End of Ideology: On the Exhaustion of Political Ideas in the Fifties*, Glencoe.
- Bierenbroodspot, P. (1970), *De therapeutische gemeenschap en het traditionele psychiatrische ziekenhuis*, Boom, Meppel.
- Bierenbroodspot, P. (1971), Waarom vernieuwing in de psychiatrische kliniek met 'gedonder' gepaard gaat, *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 12, 540-545.
- Binswanger, L. (1953), *Grundformen und Erkenntnis menschlichen Daseins*, Max Niehaus Verlag, Zürich.
- Bras, J. (1975), *Tweespraak tussen residentiële andragogie en psychiatrische verpleegkunde*, De Tijdstroom, Lochem.
- Burg, F. H. van der (1973), *Representatie en participatie*, Kluwer, Deventer.
- Carp, E. A. D. E. (1954), *Sociotherapie, actieve aanpassingstherapie*, De Tijdstroom, Lochem.
- Democratie anno 1967*, Boom, Meppel, 1967.
- Discussie-Nota* (1975), Commissie van advies inzake het democratisch en doelmatig functioneren van gesubsidieerde instellingen, Ministerie van C.R.M.
- Drift, H. van der (1960), Iets over de therapeutische 'sfeer' en de betekenis hiervan voor lijders aan schizofrenie. *Soteria*.
- Drift, H. van der (1955), Actieve gedragstherapie in meer strikte zin, *Maandblad voor de Geestelijke Volksgezondheid*, 8/9, 335-342.
- Eynde, I. E. I. M. van (1976), Wonen en hospitalisatie, *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 18, 87-99.
- Eynde, I. E. I. M. van (1976), Therapeutisch klimaat en sociotherapeutische praxis, *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 18, 409-419.
- Eynde, I. E. I. M. van (1976), Antropologisch denken en psychiatrie, *Tijd-*

- schrift voor Psychiatrie*, 18, 592-610.
- Foudraine, J. (1971), *Wie is van hout*, Ambo, Bilthoven.
- Giscard d'Estaing, V. (1976), *Naar een ware democratie, Toekomstvisie van de Franse president*, Elsevier, Amsterdam, Brussel.
- Horst, W. ter (1970), *Ontwarring en ordening*, J. H. Kok, Kampen.
- Jones, M. (1968), *Beyond the therapeutic community*, Yale University Press, New Haven, London.
- Jones, M. (1953), *The therapeutic community*, Basic Books, New York.
- Jongerius, P. J. (1963), *Sociotherapie in de psychiatrische kliniek*, Van Gorcum & Comp., Assen.
- Jongmans, F. W. M. (1973), Het psychiatrische bed, *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 15, 229-236.
- Kahne, M. J. (1959), Bureaucratic structure and impersonal experience in mental hospitals, *Psychiatry*, 22, 363-377.
- Kok, J. F. W. (1973), *Opvoeding en hulpverlening*, Lemniscaat, Rotterdam.
- Kuypers, G. (1973), *Grondbegrippen van politiek*, Het Spectrum, Utrecht, Antwerpen.
- Lande, J. van de (1973), Drie jaar Amstelland, een overzicht, *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 16, 259-272.
- Nuyens, Y., Ampe, A. M. (1971), Het therapeutisch milieu: tussen mythe en realiteit, *Nederlands Tijdschrift voor Psychiatrie*, 301-318.
- Oosterlee, M. (1973-1974), *De gedwongen opneming in de psychiatrische inrichting*, Scriptie Cursus Ziekenhuisbeleid.
- Oosterlee, M. (1972), *Psychiatrische dagbehandeling*, De Tijdstroom, Lochem.
- Rapoport, R. N., e.a. (1960), *Community as a doctor: new perspective on a therapeutic community*, Tavistock publications, London.
- Rapport 'Moeilijke Patiënten' (1976), Nationale Ziekenhuisraad, Utrecht.
- Schudel, W. J. (1976), *Opgenomen . . . opgegeven?*, Van Loghum Slaterus, Deventer.
- Stanton, A. H., Schwarz, M. S. (1954), *The mental hospital*, Tavistock publications, London.
- Stassen, J. L. (1969), *Over democratie*, Dissertatie, Katholieke Hogeschool Tilburg.
- Structuurnota Gezondheidszorg* (1974), Staatsuitgeverij, 's-Gravenhage.
- Wijmen, F. C. B. van (1975), *Het ziekenhuis, democratisering en bestuursstructuur*, De Tijdstroom, Lochem.
- Zeitlyn, B. B. (1967), The therapeutic Community, Fact or fantasy? *Brit. J. Psychiat.*, 113, 1083-1086.