

Wat is sociotherapie?

door P. A. F. van der Spek

Inleiding

Enige jaren geleden was er in het Haagse Gemeentemuseum een tentoonstelling van Sol LeWitt waar o.a. 12 latten een grote kubus vormden. Een kubus levert telkens een andere aanblik, afhankelijk vanuit welke positie men de feitelijke informatie van de kubus bekijkt. LeWitt laat ook zien dat hetgene wat de bezoeker verstandelijk als simpel en logisch voorkomt, bij het waarnemen in werkelijkheid een onduidelijke chaotische combinatie van lijnen oplevert, waarin het eenvoudige systeem vrijwel niet meer terug te vinden is. De vraag: wat is een kubus, wordt: wat is het wezenlijke van de kubus, waardoor door middel van een definitie antwoord gegeven kan worden op de vraag wat men onder een kubus moet verstaan, nl. een driedimensionale door 6 vierkanten aangesloten afgrenzing van een ruimte.

Het chaotische van de opvattingen over sociotherapie, die er in ons land voorkomen, roepen herinneringen van deze tentoonstelling op omdat men veelal kijkt en denkt vanuit de positie waarin men werkt. De ons opgedragen vraagstelling: wat is sociotherapie, wordt dan: wat is het wezenlijke van sociotherapie om daardoor aan te kunnen geven wat men onder sociotherapie moet verstaan. Wij beperken ons tot de Nederlandse situatie. Als men afgaat op het woord sociotherapie dan kan gesteld worden dat veranderen van de maatschappij op zich zelf geen sociotherapie is, anders was dit betoog eenvoudigweg niet op zijn plaats. Als men verwacht dat de sociale psychiatrie veel heeft bijgedragen tot ontwikkeling van sociotherapie, wordt men teleurgesteld. Ook in de Angelsaksische landen zijn de woorden 'social psychiatry' en 'milieutherapy' naast elkaar ingeburgerd. Om misverstand te voorkomen kan in Nederland milieutherapie alleen als synoniem van sociotherapie gelden

Schrijver is zenuwarts, verbonden als consulent aan de Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid te Leidschendam. Adres: Kornalijnhorst 86, Den Haag. Dit artikel werd als inleiding gehouden voor de Sectie Klinische Psychiatrie van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie op 30 januari 1981.

wanneer het te vinden wezenlijke ervan hetzelfde is, anders is er bij ondubbelzinnig woordgebruik geen sprake van sociotherapie.

De tweede wereldoorlog heeft grote veranderingen in de psychiatrische hulpverlening gebracht, terwijl de psychiatrie in het eigen voetspoor verder ging, hetgeen zich duidelijk manifesteert in het verschil tussen het International Congress on Mental Health in 1948 te Londen en het Congrès Internationale de Psychiatrie in 1950 te Parijs. Zo werd in Londen 'mental hygiene' veranderd in 'mental health', hetgeen een stimulerende invloed heeft gehad op de geestelijke gezondheidszorg. Voor ons onderwerp is daarbij van belang dat, naast het werken met groepen, de psychiaters de in het leger gebruikte 'human factor' gingen toepassen in de industrie. Het zou nog lange tijd duren voordat deze menselijke factor in de psychiatrische instituten gemeengoed zou worden. Onder het motto 'Mental health in mental hospital' heb ik in 1954-'55 een cursus voor het gediplomeerd personeel van St. Bavo gehouden met het accent op de tussenmenselijke betrekkingen. Alleen de menselijke factor is de bodem waarop sociotherapie, ontstaan uit de Angelsaksische oorlogservaringen, mogelijk is.

Eerst de psychofarmaca, die een gewoon contact met de patiënten vergemakkelijken zo niet mogelijk maken, effenden de weg om de menselijke factor ten volle in de psychiatrische instituten tot zijn recht te kunnen laten komen en te benutten. Het bevorderen van de menselijke factor alléén is uit de aard der zaak nog geen sociotherapie.

Leefklimaat

Wanneer men een instituut betreedt ondergaat men de invloed van de heersende algemene toestand, die zowel door de materiële als immateriële omstandigheden van dat instituut worden samengevat in het woord klimaat. Dit lijkt voor de buitenstaander voor alle psychiatrische instituten vrijwel gelijk. Naar gelang men er meer bij betrokken is, bemerkt men dat het klimaat van elk instituut een ander is. Deze verscheidenheid van klimaat geldt niet alleen voor het instituut in zijn geheel doch ook voor de verschillende afdelingen en groeperingen, vooral als men er wat langer in verkeert. Als onder klimaatbehandeling verstaan wordt: therapie door verblijf in een bepaald klimaat zonder meer, dan is dit nog geen sociotherapie.

In ons land is vóór de oorlog door het begeesterende werk van Van der Scheer een grote verbetering van het klimaat in de psychiatrische inrichtingen opgetreden. De arbeidstherapie was in hoge mate aan de toen nog weinig gedifferentieerde verpleging toevertrouwd. Door het personeelstekort na de oorlog zijn andere disciplines aangetrokken, hetgeen een verfrissende invloed op het klimaat tot gevolg had, terwijl de deskundigheid en mogelijkheden van de psychiatrische hulpverlening daardoor toenamen.

Een ieder is het er over eens dat het klimaat van een instituut de therapie van een patiënt zou moeten bevorderen en als dat het ge-

val is kan men spreken van een therapeutisch klimaat, waaraan de termen therapeutisch milieu en therapeutische gemeenschap verwant zijn. In de verscheidenheid van klimaten is voor ons onderwerp van belang het klimaat waarin iemand tesamen met anderen gedurende een groot deel van het etmaal leeft, d.w.z. eet, slaapt en zijn vrije tijd doorbrengt, hetgeen het leefklimaat is te noemen. Ieder die in het leefklimaat verblijft beïnvloedt gewild of ongewild dit klimaat, dat een belangrijke invloed op een mens kan hebben. Hij ondergaat het, of neemt er actief of passief aan deel. Daarom is doelbewuste beïnvloeding van een patiënt via dit leefklimaat op verschillende manieren mogelijk. Bij sociotherapie gaat het om dit beïnvloeden – beter gezegd bewerken – van dit leefklimaat, waarbij wel bedacht moet worden dat niet elke bewerking van het leefklimaat sociotherapie is.

Groep

De kleinste eenheid van personen, waarin een leefklimaat kan bestaan is de groep van twee. Wanneer de groep iets gemeenschappelijks onderneemt dan is de grootte van de groep van belang. Uit ervaring bij het leger, padvinderij, bij discussies en groepspsychotherapie, ligt de grootte van de groep voor optimaal functioneren bij 8. Dit is ook bij sociotherapie vaak het geval, doch afhankelijk van andere factoren, bijv. woonsituatie, waardoor afwijkingen naar beneden tot 4 en naar boven tot 12 kunnen voorkomen.

De groep, waarin patiënten gedurende een groot deel van het etmaal tesamen leven in het instituut d.w.z. tesamen de tijd doorbrengt, eet en slaapt, wordt als leefgroep aangeduid. Het is juist het klimaat van deze leefgroep dat in het sociotherapeutisch werken een centrale plaats inneemt. Daarom wordt door deskundige sociotherapeutische functionarissen met en in samenwerking met de verpleegkundigen in de leefgroep 'meegeleefd'.

Het klimaat van een groep is o.a. afhankelijk van het doel waartoe de groep gevormd is. Zo heerst in een groep, die arbeid verricht een werkklimaat, dat geheel anders is dan het klimaat van een sport. De groepspsychotherapie heeft in de oorlog een enorme ontwikkeling doorgemaakt, in gang gezet door de gelijkheid van symptomen, zoals deze bij frontsoldaten gevonden werd. Later is de aandacht meer gericht op het sociale systeem en het klimaat van leefgroep.

Elke patiënt wordt individueel opgenomen in een instituut en heeft daardoor recht op de therapie, die hij behoeft. Wanneer hij dan in een groep geplaatst wordt ontstaat de mogelijkheid dat dit een groep is waarvan het leefklimaat gebruikt wordt voor therapie. De vorm van sociotherapeutisch werk moet afgestemd zijn op de karakteristiek van de groep. Het is begrijpelijk dat daarbij een zekere homogeniteit van patiënten, zo niet noodzakelijk dan toch wenselijk is. Daarom is het plaatsen van een patiënt in een groep een belangrijke sociotherapeutische beslissing, die van veel factoren afhangt omdat elke groep zijn eigen – doch wisselend – leefklimaat heeft. De plaatsing in een bepaalde groep is als een indicatie voor

sociotherapie te beschouwen. Het duidelijkst is dit wanneer psychotherapie het doel is van de behandeling. Volgens een onderzoek betreffende 10 jaar ervaring in de Spiegelberg door Savalle en Wagborg (1979) blijkt dat een strenge selectie tot plaatsing de beste resultaten oplevert.

Wat de samenstelling van groepen ten aanzien van sociotherapie betreft zijn verschillende indelingen mogelijk en gebruikelijk, bijv. naar leeftijd, naar mate van mogelijke bewegingsvrijheid, naar niveau van psychisch functioneren zoals introspectief vermogen, mogelijkheden tot interactie e.d. De meest essentiële indeling is naar het behandeldoel, waarvan het aantal mogelijkheden in theorie bijna onbegrensd is doch die bijv. als volgt zijn in te delen: de reeds genoemde psychotherapie, (re)validatie, training, en verzorging. De stelling dat het voornaamste sociotherapeutische behandeldoel moet zijn het zo snel mogelijk ontslaan van de patiënt, is een miskenning van het feit dat de opname-indicatie van een patiënt ook gelegen kan zijn in een therapie, die niet ambulantly mogelijk is.

Functionele eenheid

De leefgroep moet met het oog op sociotherapie deel uitmaken van een groter geheel o.a. om de interactie tussen groepen tot zijn recht te laten komen. Dit groter geheel moet afgestemd zijn op een bepaald behandeldoel zodat men van een functionele eenheid kan spreken. Deze eenheid kan het gehele instituut zijn, of een afdeling van een instituut dat redelijk zelfstandig functioneert. De differentiatie binnen en buiten de algemene psychiatrische ziekenhuizen heeft het ontstaan van functionele eenheden op het eind van de vijftiger jaren bevorderd. (Zie o.a. het 'Differentiatierapport', 1960). Het is op gang gebracht door de neurosen-afdelingen van het Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis en de zelfstandige neurosenklinieken. De zwakzinnigen, en iets later de psychisch gestoorde bejaarden, werden aparte groeperingen, die bij voorkeur in aparte instituten werden ondergebracht.

De leefbaarheid heeft grenzen, zoals wij bij de groeps grootte hebben gesteld. Bij de functionele eenheid ligt de praktisch bruikbare bovengrens bij 6 leefgroepen, die tesamen een eenheid vormen met een grote mate van zelfstandigheid. Men spreekt wel eens van de 'grote groep' als men de bewoners van een functionele eenheid op het oog heeft. Binnen deze functionele eenheid is een andere samenstelling van groepen patiënten mogelijk b.v. voor psychomotorische therapie, arbeidsactiviteiten, recreatieve bezigheden e.d. Hierdoor ontstaan tijdelijk andere groepen, waarvan de daarin verkregen ervaringen en belevingen hun invloed hebben op het klimaat van de leefgroepen. Volledigheidshalve kan gezegd worden dat binnen een functionele eenheid, die uiteraard zijn eigen behandeldoel heeft, ook een eigen leefklimaat heerst.

Het zal duidelijk zijn dat het vormen van een of meer functionele eenheden op zichzelf nog geen sociotherapie is.

Methodisch hanteren van het leefklimaat

Het leefklimaat kan als behandelmogelijkheid niet braak blijven liggen. Het beïnvloeden van het leefklimaat is dan ook niet meer weg te denken bij de intramurale behandeling van psychiatrische patiënten. In de professionele hulpverlening vindt de beïnvloeding van het leefklimaat ten dienste van het welbevinden van de patiënten – bijv. door sfeerverbetering, ontspanning – veel toepassing. Wij kunnen echter eerst spreken van sociotherapie als het leefklimaat methodisch wordt gehanteerd in het kader van een behandelplan. Dit is een kern van sociotherapeutisch handelen.

Methodisch werken is een vaste weldoordachte manier van handelen – die werkwijze genoemd kan worden – om een bepaald doel te bereiken. Het doel van sociotherapeutisch werk is het behandel­doel van een leefgroep. Iedere patiënt, die daarin geplaatst wordt, ontvangt sociotherapie omdat deze altijd gericht is op de totaliteit van de groep en het niet mogelijk is dat de ene patiënt wél en de ander niet in sociotherapeutische behandeling wordt genomen.

In de sociotherapeutische werkwijze valt te onderscheiden de visie op de werkwijze en het gebruik van de middelen overeenkomstig de visie. De visie op de werkwijze moet alles omvatten waar sociotherapie mee te maken heeft. Het is begrijpelijk dat lering getrokken wordt uit wetenschap en disciplines waarin de groepsbeïnvloeding een voorname plaats inneemt zoals agogie, orthopedagogie, inrichtingswerk e.d. Geïnspireerd door residentiële agogische gezichtspunten, zoals door Kok (1973) geformuleerd, zijn in de sociotherapeutische werkwijze drie strategieën te onderscheiden. Deze kunnen niet zonder elkaar bestaan en mogen niet strijdig met elkaar zijn of anders gezegd: sociotherapie vereist drie strategieën, die onderling samenhangen en op elkaar moeten zijn afgestemd. Het is begrijpelijk dat in de zwakzinnigeninstituten waar (ped)agogische principes in het werk domineren – en men wel van een agogische gemeenschap spreekt – de vraag gesteld wordt of orthopedagogie en sociotherapie samenvallen dan wel verschillend zijn.

De eerstegraadsstrategie betreft het scheppen van voorwaarden waardoor een leefklimaat ontstaat dat sociotherapeutisch gehanteerd kan worden. De tweedegraadsstrategie betreft de georganiseerde methodische behandelvormen bestemd voor de groep of groepen patiënten. De derdegraadsstrategie betreft het individuerichte inschatten en inpassen van de mogelijkheden van iedere patiënt.

Het gebruik van de *middelen* overeenkomstig de visie verschilt, zowel afhankelijk van behandel­doel als van de werkers. Wat dit laatste betreft kan onderscheid gemaakt worden in:

- (1) de *directe* vorm van sociotherapie, waarbij het hanteren van het leefklimaat in direct contact met de groep plaats vindt en derhalve grote overeenkomst vertoont met de tweede- en derdegraadsstrategie;
- (2) de *indirecte* vorm van sociotherapie, waarbij het hanteren van het leefklimaat niet in de eerste plaats in direct contact met de pa-

tiënten plaats vindt en derhalve grote overeenkomst vertoont met de eerstegraadsstrategie.

Wat de middelen zelf betreft valt er onderscheid te maken tussen specifieke en niet-specifieke middelen, waarbij met 'specifiek' niet bedoeld wordt dat deze middelen uitsluitend sociotherapeutisch worden aangewend, zoals een geneesmiddel in de medicamenteuze therapie. Integendeel, want er bestaan geen middelen die uitsluitend in sociotherapie toepassing vinden.

Tot de *specifieke sociotherapeutische middelen* worden gerekend:

(1) de middelen die grotendeels in verband met de eerstegraadsstrategie, respectievelijk de indirecte vorm staan, o.a.:

- het fysisch milieu (architectuur, huisvesting, bouw, inrichting, meubilering),
- organisatie en communicatiestructuur van de functionele eenheid,
- personeelsbeleid (personeelssamenstelling, taakverdeling, huishoudelijke aangelegenheden),
- het psychisch milieu (cultuur, sfeer),
- hantering, beïnvloeding en supervisie van de staf op basis van een behandelfilosofie,
- het hanteren van relaties en interacties tussen personeelsleden onderling;

(2) de middelen, die grotendeels in verband met de tweede- en derdegraadsstrategie staan, zijn o.a.:

- het dagelijks leven van de patiënten (wonen, werken, vrijetijdsbesteding, slapen),
- huisregels, dagprogramma's, codes vanuit de functionele eenheid gesteld,
- de groepsgewijze verwerking van de werkzame factoren van het leefklimaat,
- het bevorderen van sociale vaardigheden,
- relaties en interacties, zowel tussen patiënten onderling als tussen personeelsleden en patiënten van de functionele eenheid en van de staf daarmee,
- vormen van groepswork,
- samenkomsten van patiënten b.v. kamer-, patiëntenraden,
- samenkomsten van patiënten met stafleden b.v. 'patient staff meeting',
- (ped)agogische maatregelen,
- gesprekken,
- contact met bezoek en de relatie tot de familie,
- meeleven,
- en alle eventuele voorkomende andere mogelijkheden, die in het betrokken leefklimaat aanwezig zijn.

Met de *niet-specifieke sociotherapeutische middelen* hebben de sociotherapeuten wel te maken doch deze worden door hen zelf niet gebruikt. Hiertoe worden gerekend o.a.:

- therapieën uit de activiteitensector (psychomotorische therapie, creatieve therapie),
- begeleidingen uit de activiteitensector (bezigheidsbegeleiding,

- arbeidsbegeleiding),
- verpleegkundig handelen in engere zin,
- psychotherapie,
- fysiotherapie.

Er is geen algemeen geldende methode van sociotherapie omdat het niet gaat om het toepassen van de middelen op zich doch om de manier van samenleven waarin deze gebruikt worden, c.q. overwegend bepaald worden door het behandeldoel van de functionele eenheid. Binnen dit behandeldoel kan de leefgroep ook zelf doelen stellen.

Het methodisch hanteren van het leefklimaat vereist een voldoende continuïteit van de leefgroep, vandaar dat de methode bijna alleen binnen de intramurale psychiatrische hulpverlening toepassing kan vinden. Dit neemt niet weg dat dit ook in semi-murale instellingen mogelijk is, mits er voldoende continuïteit aanwezig is.

Besluit

Voor wij het voorafgaande besluiten nog twee opmerkingen.

De plaats van sociotherapie binnen het gehele pakket van de psychiatrische hulpverlening hangt af van wat onder sociotherapie wordt verstaan en geeft gelegenheid tot misverstand zoals dat in het verleden ook het geval was met het woord arbeidstherapie. Door splitsing binnen de activiteitensector van de activiteiten in therapie en begeleiding is het juistere woord arbeidsbegeleiding ontstaan. Dit verschil toegepast op het sociotherapeutisch werk, en gelet op het behandeldoel van de groep, kan ik mij voorstellen dat ik, als ik het synoniem milieutherapie gebruik, zou kunnen spreken van milieutherapie en milieubegeleiding. Milieutherapie is dan sociotherapie als de zo juist omschreven methodische hantering van het leefklimaat, terwijl van milieubegeleiding sprake is als men niet volgens deze methode het leefklimaat bewerkt.

Een tweede opmerking. Getracht is het chaotische in de opvattingen omtrent sociotherapie – hetgeen een storend element is in de beleidspsychiatrie – te ordenen. Dit is grotendeels gebaseerd op de opvattingen omtrent sociotherapie zoals deze leefden in de *Commissie Sociotherapie* (ingesteld door de Staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne op 29 september 1976), waarvan ik secretaris mocht zijn. Immers deze Commissie heeft uit de veelheid van gegevens, die het werkveld verstrekten en in discussie daarmee het wezenlijke uit de opvattingen omtrent sociotherapie menen te vinden en geformuleerd.

Het wezenlijke brengt ons terug naar de waarnemingen van de kubus. In het veld zag ieder sociotherapie op zijn eigen wijze vanuit zijn positie doch kon zich veelal in het abstracte zijn eigen sociotherapeutische opvatting herkennen of, indien dit niet het geval was, meestal ermee instemmen. Daarom kan thans antwoord gegeven worden op de vraag wat men onder sociotherapie moet verstaan.

Het antwoord op de vraag: wat is sociotherapie?, wordt gegeven

door de definitie van genoemde Commissie: *Sociotherapie is het methodisch hanteren van het leefklimaat van een groep patiënten gericht op behandeldoelen van deze groep – met inachtnaam van de behandeldoelen van de individuele patiënt – binnen een functionele eenheid van intra- of semimurale behandelingsituaties.*

Literatuur

Een uitgebreide opgave van de Nederlandse literatuur is in het Rapport van de Commissie Sociotherapie aan te treffen.

Kok, J. F. (1973), *Opvoeding en hulpverlening*, Lemniscaat, Rotterdam.

LeWitt, Sol (1970), *Tentoonstelling*, Haags Gemeentemuseum 25 juli-30 augustus 1970.

Rapport (1960), uitgebracht door de Werkgroep Differentiatie, ingesteld door de Kath. Ver. van Inrichtingen voor Behandeling en Verpleging van Geestelijk Gestoorde.

Savalle, H. J. en J. E. A. Wagenborg (1979), *10 jaar Spiegelberg*. Interne publicatie St. Bavo, Noordwijkerhout.