

Sociotherapie in het algemeen psychiatrisch ziekenhuis: thema en variaties

door M. Oosterlee

Het algemeen psychiatrisch ziekenhuis

Algemeen psychiatrisch ziekenhuis wordt geleidelijk de officiële benaming van het traditionele psychiatrisch ziekenhuis, de psychiatrische inrichting van weleer, het tegenwoordige psychiatrische centrum.

Was het vroeger volstrekt duidelijk wat onder psychiatrische inrichting moest worden verstaan – de onderlinge verschillen tussen inrichtingen waren gering – tegenwoordig is om verschillende redenen een duidelijke omschrijving gewenst:

(a) geleidelijk zijn er aanzienlijke verschillen ontstaan tussen psychiatrische ziekenhuizen, samenhangend met verschillen in opname-/behandelbeleid, patiëntenpopulatie, bouwkundige en organisatorische vormgeving, regionale situatie, enz.;

(b) de behoefte aan betere planning (en economische beheersing) van de gezondheidszorg incl. psychiatrie vraagt om een meer gedetailleerde beschrijving van de functies van het psychiatrisch centrum;

(c) deze omschrijving draagt ook bij tot een verbetering van de rechtspositie van de patiënten/cliënten doordat aangegeven wordt wat de inhoud en de omvang moet zijn van de verstrekking waarop de verzekerde recht heeft.

In de bijdrage van de zijde van de Subsectie Psychiatrie van de NZR aan het tot stand komen van erkenningsnormen algemene psychiatrische ziekenhuizen worden als hoofdkenmerken genoemd:

- de regionale functie en de inbedding van het psychiatrisch centrum in het geheel van de regionale voorzieningen ten behoeve van psychiatrische patiënten;
- toegankelijkheid voor alle psychiatrische patiënten die intramurale psychiatrische hulp behoeven;

- een multi-disciplinaire aanpak van de psychiatrische hulpverlening;
- welke hulpverlening in principe op het patiënt-/cliëntsysteem gericht is in plaats van op de individuele patiënt;
- welke hulpverlening niet beperkt is tot behandeling in engere zin maar ook het bieden van een op groei van de persoon gericht leefklimaat inhoudt;
- een interne differentiatie die recht doet aan de sterk variërende hulpbehoefte van de patiënten/patiëntsystemen.

Voor ons onderwerp, de sociotherapie, is van belang dat de zorg voor een goed leefklimaat, wat dat dan ook moge zijn, als erkenningseis gesteld wordt.

Sociotherapie in het algemeen psychiatrisch ziekenhuis

De geschiedenis van de psychiatrie, de psychiatrische inrichtingen, laat een variërende belangstelling zien voor de omgeving waarin de psychiatrische patiënt bij opname gebracht wordt. De hervormers van de psychiatrie toonden echter allen zonder uitzondering deze belangstelling voor het leefklimaat (Pinell, Conolly, Simon, enz.). Er zijn twee duidelijke motieven voor deze belangstelling aan te wijzen: Ten eerste humanitaire overwegingen, gericht op het tot stand brengen van een menswaardige omgeving voor psychiatrische patiënten. Ten tweede inzichten in de wisselwerking tussen gedrag en omgeving, en de verwachting dat door invloed uit te oefenen op deze wisselwerking een gunstige invloed op het pathologische gedrag zou kunnen worden uitgeoefend. Beide motieven leiden tot een poging het leefklimaat van psychiatrische patiënten te verbeteren. Beide motieven lijken ook in onze tijd nog wel geldig te zijn.

In zekere zin komen in de antropologische opvattingen van Van der Drift de humanitaire en de psychiatrisch-wetenschappelijke belangstelling voor het leefklimaat bij elkaar. Bij vragen naar de kwaliteit van het menselijk bestaan rijst de vraag naar aard en betekenis van de relatie persoon-wereld, de interactie van individu en omgeving. Wonen blijkt dan een oerfunctie van de mens, grondvoorwaarde voor zijn existentie.

Deze opvattingen leidden in 1961 tot het bouwen van een sociotherapeutisch centrum in 'Wolfheze'. Voor de beschrijving daarvan zij verwezen naar de publikaties van Van der Drift (1975) en Van Eynde (1976). Voor ons onderwerp is van belang dat in 1961 in een traditioneel psychiatrisch ziekenhuis welbewust begonnen werd met sociotherapie, uitlopend op een socio-therapeutisch centrum met 48 huizen, waarin 48 x 6 bewoners/patiënten gehuisvest zijn. Deze aantallen geven aan dat eveneens doelbewust gekozen werd voor een socio-therapeutische aanpak van een groot aantal patiënten van diverse diagnostische categorieën en zeer uiteenlopende persoonskenmerken.

Belangrijke elementen in deze sociotherapeutische opzet zijn:

- het wonen in gewone huizen;
- nadruk op de woon-/leefgroep die met elkaar en voor elkaar de

zorg voor en de zorgen van het gewone dagelijkse leven dragen en delen;

- primaire aandacht voor het samen wonen/leven: huishouden, eten, enz.;
- het secundair stellen van de betekenis van behandeling in engere zin is secundair ten opzichte van de betekenis van dit samen wonen/leven;
- het feit dat de sociotherapeutische werkers in dit centrum verpleegkundigen zijn.

Aankankelijk werd door middel van een huisopleiding een groep sociotherapeuten opgeleid. Deze opzet werd verlaten toen de beperkingen van het huisdiploma voor de betrokkenen merkbaar werden, en geen aansluiting bij een bestaande opleiding kon worden gevonden. De principiële keus voor de psychiatrisch verpleegkundige als sociotherapeut werd gemaakt op grond van de overweging dat deze discipline de basis vormt van de intramurale psychiatrische hulpverlening, en in de verwachting dat het mogelijk zou zijn deze opleiding tot psychiatrisch verpleegkundige te verbeteren, te differentiëren en aan te vullen.

Men zou dit een sociotherapeutische ontwikkeling vanuit de psychiatrische verpleegkunde kunnen noemen. Het is duidelijk dat ortho-agogische inzichten en methoden hierbij van belang zijn (vergelijk Ter Horst, 1977).

Deze, en vergelijkbare sociotherapeutische ontwikkelingen, breiden zich geleidelijk uit; de meeste psychiatrische ziekenhuizen hebben nu zgn. socio-huizen, of tenminste plannen in die richting. De ontwikkeling van de psychiatrische groepsverpleging, en daarbij aangepaste bouwkundige voorzieningen, mag ook min of meer tot deze sociotherapeutische ontwikkeling gerekend worden. Of zou men moeten zeggen: ontwikkeling in de richting van sociotherapie? Een poging tot beoordeling van het resultaat dat met deze sociotherapie bereikt kan worden stuit op hetzelfde probleem als iedere poging om het resultaat van een behandelaanpak te meten. Het minste wat op grond van de ervaringen gesteld kan worden is:

- het zgn. dehospitaliserend effect van het wonen in het sociotherapeutisch centrum is duidelijk;
- het sociotherapeutisch centrum is niet weg te denken uit 'Wolfheze', niemand zou het door paviljoenen van welke aard dan ook willen vervangen. Tegelijkertijd is duidelijk dat niet alle problemen zijn opgelost door patiënten in huizen te laten wonen. De ontwikkeling van deze sociotherapeutische praktijk is nog lang niet voltooid.

Er rijzen vragen naar groepsgrootte en -samenstelling, naar dagprogramma's en therapieprogramma's, naar de vereiste opleiding en vaardigheden van de medewerkers enz.

De noodzaak tot renovatie van het socio-therapeutisch centrum zal worden aangegrepen om de huizen zo goed mogelijk aan te passen aan nu geldende normen wat betreft ruimte, privacy enz. Verder zullen de variatie-mogelijkheden groter worden, o.a. door enkele huizen ook geschikt te maken voor lichamelijk gehandicapten.

Een andere sociotherapeutische praktijk, eveneens in de psychiatrie ontstaan, is in 'De Viersprong' ontwikkeld. Men zou hier van sociotherapie vanuit de klinische psychotherapie kunnen spreken. Bij deze beide vormen van sociotherapie gaat het om intramurale psychiatrische behandeling, over groepen patiënten die in een ziekenhuis verblijven, om woon-/leefgroepen. Een derde variant wordt gevormd door de sociotherapie in psychiatrische dagcentra. Een belangrijk verschil met de eerder genoemde vormen van sociotherapie ontstaat door het feit dat de patiënten van het dagcentrum daarin niet wonen, en er niet thuis zijn. Zij wonen elders, komen naar het dagcentrum voor behandeling. Het dagcentrum heeft geen woonklimaat, maar een behandelklimaat (vergelijk werkklimaat).

Variaties op het thema

Op het thema sociotherapie laten zich al aanwijzen:

- (1) de psychotherapeutische variatie in de instituten voor klinische psychotherapie en psychiatrische instituten met een duidelijk verwante aanpak zoals sommige justitiële behandelinrichtingen;
- (2) de verpleegkundig/agogische variatie, verwant aan de manier waarop in de orthopedagogiek in en met het milieu van pupillen gewerkt wordt;
- (3) de sociotherapie in dagcentra, een sociotherapie van het werk-/behandelklimaat.

Het is duidelijk dat door deze varianten nog niet alle psychiatrische patiënten die in behandelingsinstituten zijn opgenomen worden bereikt. Op deze manier is sociotherapie nog niet een thema dat met zijn variaties toepassing vindt op alle afdelingen van een psychiatrisch centrum.

Het leefklimaat

Als het thema zou zijn het leefklimaat, dan zou wel opgaan dat alle psychiatrische patiënten een variatie op dit thema aan den lijve ervaren. Een aangetroffen leefklimaat is er altijd, en een aanzet tot bewerking van dit leefklimaat is er eveneens altijd; als deze bewerking niet welbewust in het belang van de patiënten plaatsvindt wordt het leefklimaat in het kader van andere belangen bewerkt, bijv. in het belang van personeel, de organisatie, of het economisch belang. Het lijkt zeer belangrijk regelmatig een onderzoek naar de invloed van deze belangen in te stellen.

Volgens de definities van de Commissie Sociotherapie mag niet iedere bewerking van het leefklimaat in het belang van patiënten sociotherapie genoemd worden; hoogstens een voorvorm daarvan. De belangstelling voor het leefklimaat neemt toe. In de eerste plaats door het werk dat hiervoor in verpleeghuizen en zwakzinnigeninrichtingen wordt verricht. Dit vloeit ongetwijfeld voort uit het feit dat in de doelstelling van deze instellingen het er blijven, het daar leven, wonen van de bewoners/pupillen/patiënten een veel belangrijker plaats innemen dan het behandeld worden. In de tweede plaats wordt de belangstelling voor het leefklimaat gestimuleerd

door het toenemende aantal werkers met een agogische opleiding in de psychiatrie.

Onderwaardering van het leefklimaat

In vergelijking tot de wetenschappelijke aandacht die besteed wordt aan behandeling in engere zin (farmacotherapie, psychotherapie) is er slechts geringe belangstelling voor wetenschappelijke bestudering van het leefklimaat; een blik in de inhoudsopgave van een psychiatrisch tijdschrift toont dit aan. De toenemende belangstelling die sociologen voor de psychiatrie tonen kan hierin ook verbetering brengen. Het belang van het leefklimaat wordt door behandelaars onderschat. Bij deze onderschatting behoort ook de gedachte dat 'een goed leven' op eenvoudige wijze en met geringe middelen te verwezenlijken zou zijn. Het gaat om het onderscheid in waardering van enerzijds behandelen, beter maken/worden, gezondheid, maatschappelijk functioneren, en anderzijds verplegen/verzorgen, het gewone dagelijkse leven, leven/wonen in een inrichting.

Voor behandelbare patiënten dient in deze gedachtengang specialistische kennis en een goede outillage beschikbaar te zijn. Voor niet behandelbare patiënten, op langdurige c.q. blijvende verpleging/verzorging aangewezen patiënten, kan met het organiseren van een goed leefklimaat volstaan worden. Gewoonlijk wordt niet nader aangegeven hoe dit dan tot stand moet worden gebracht.

Wie enigszins bekend is met de zgn. chronische afdelingen, de verblijfsafdelingen, van psychiatrische ziekenhuizen weet dat zich daar de patiënten bevinden die in de bovengenoemde vergelijking onbehandelbaar genoemd werden, en die weet ook wat er van dat goede leven gewoonlijk terechtkomt. Er is alle aanleiding om, nog steeds met dezelfde klassieke motieven van humanitaire en psychiatrisch-wetenschappelijke aard, bezig te zijn met het leefklimaat van psychiatrische patiënten.

Een antropologische formulering van het thema

Antropologische uitgangspunten:

- Het menselijk bestaan is een geschiedenis, het is worden; met betrekking tot psychiatrische patiënten kan men zeggen het is ook zieker worden of beter worden.
- Dit bestaan, dit worden voltrekt zich in de onlosmakelijke verbondenheid van persoon en wereld; daarvan is de onvermijdbare, continue wisselwerking van individu en omgeving in al zijn facetten het grondvlak.
- Een derde aspect is de erkenning dat het menselijk leven nooit een van anderen geïsoleerd individueel leven is, maar altijd leven in relatie met andere mensen, hoe deficiënt deze relaties ook mogen zijn.

Wonen, samen wonen, geeft deze oorspronkelijke en fundamentele verbondenheid van mens en wereld, mens en medemens, aan.

Beter wonen/beter worden

Er bestaat geen twijfel aan het verband tussen leefklimaat en welzijn/gezondheid. Over de werking van een bepaald leefklimaat op psychiatrische toestandsbeelden is weinig meer bekend dan wat wij omtrent het hospitalisatie-syndroom weten: Een ziekenhuis waarin mensen centraal gesteld worden heeft een beter klimaat, d.w.z. roept minder hospitalisatie-verschijnselen op dan een ziekenhuis dat organisatie-gericht is.

Van Andel (1980) geeft aan dat van een verbeterd klimaat kan worden gesproken als 'mensen, zowel personeel als patiënten, persoonlijk, en in onderlinge afstemming, ervaren dat voldaan wordt aan hun persoonlijke behoeften aan veiligheid, erkenning, mededogen, eigen keus en zelfbeschikking, zodat zij zich als mens kunnen ontplooiën en ontwikkelen in de richting die zij wensen'. Het geheel van overwegingen en maatregelen dat tot deze verandering leidt in een psychiatrisch ziekenhuis noemt Van Andel beleidspsychiatrie. Mag men dit ook sociotherapie noemen? Het gaat hier om een organisatiekundige benadering van het leefklimaat, gericht op het optimaal doen functioneren van mensen in een organisatie. De patiënten worden hierbij als mensen in de organisatie, als deelnemers aan de organisatie beschouwd. Behandeldoelen zijn hier slechts indirect aan de orde.

Een goed leefklimaat, en een goed werkklimaat in een organisatie, in de zin van goed voor mensen in het algemeen is ook goed voor psychiatrische patiënten voor zover zij gewone mensen zijn. Maar voor zover psychiatrische patiënten tevens anders zijn dan gewone mensen, is een dergelijk leef-/werkklimaat toch niet (goed) genoeg. Sociotherapie is meer dan beleidspsychiatrie in bovengenoemde zin, sociotherapie wil zich uitdrukkelijk ook bezig houden met behandeldoelen.

De dubbele functie van het algemeen psychiatrisch ziekenhuis

De dubbele functie, de dubbele doelstelling van een psychiatrisch centrum houdt in:

- (1) het opnemen en plaats bieden aan patiënten: verplegen/verzorgen, hotelfunctie, gasthuisfunctie, asielfunctie zo men wil; het gaat hier om hospitaliseren in de positieve zin van het woord: iemand ruimte en voorwaarden aanbieden om te verblijven, om te wonen, dit is om te leven;
- (2) het aanbieden en uitvoeren van noodzakelijk onderzoek en aangewezen behandelingen, gericht op herstel in medisch-psychiatrische en sociale zin.

Deze beide functies komen tegemoet aan de beide essentiële behoeften van mensen/patiënten, nl:

- (1) een plaats waar men kan zijn zoals men is, als persoon en als medemens aanvaard en gerespecteerd, een plaats om te wonen;
- (2) behandeling van ziekte/stoornis enz.; aanwending van de beschikbare kennis en middelen tot behoud en zo mogelijk herstel van gezondheid.

Deze dubbele doelstelling en functie dienen op alle afdelingen van

het psychiatrisch centrum terug te vinden te zijn, zij het op verschillende manieren.

Voor psychiatrische patiënten geldt een paradox: zij zijn gewone mensen, met dezelfde behoeften in materiaal en immaterieel opzicht als alle andere gewone mensen, en tegelijkertijd zijn zij anders dan gewone mensen, met andere behoeften. Deze paradox moet in de psychiatrische hulpverlening gehandhaafd blijven.

Nog anders gezegd: in een psychiatrisch ziekenhuis moeten psychiatrische patiënten als mensen tot hun recht komen (woonfunctie), en tegelijkertijd moeten mensen als psychiatrische patiënten tot hun recht komen (behandelfunctie). Wordt één van deze gezichtspunten buiten beschouwing gelaten dan schiet de zorg voor de psychiatrische patiënten tekort, dan wordt of het mens-zijn, of het patiënt-zijn verwaarloosd.

Aan de kwaliteit van de woonfunctie, het leefklimaat, van een afdeling moet een groter belang gehecht worden naarmate patiënten langer op verblijf aldaar aangewezen zijn. De behandelfunctie stelt zijn eisen aan het leefklimaat (inrichting, organisatie, enz.); op een afdeling waar aan deze eisen vergaand wordt tegemoet gekomen zouden patiënten niet lang mogen verblijven.

Een definitie van sociotherapie: dit is het in het belang van de patiënten/de patiëntengroep bewerken van de wisselwerking van leefklimaat en behandeling. Sociotherapie vindt plaats in het spanningsveld van de paradox gewoon zijn en anders zijn.

Drie manieren van bewerking van het leefklimaat

1 – Een aanpak gericht op *verbetering van het leefklimaat, verhoging van de woonsatisfactie, eventueel verblijfsatisfactie.*

Het gaat dan om het tot stand brengen van een manier van wonen voor psychiatrische patiënten die kwantitatief en kwalitatief niet achterblijft bij de maatschappelijke normen. Van een hoge woonsatisfactie zou men mogen verwachten:

- een drempelverlagend effect, en daardoor minder uitstel van geïndiceerde opnamen;
- een hoger sociaal aanzien van de psychiatrische patiënten, met een geringere last van het odium en daardoor een betere maatschappelijke positie;
- een grotere kans op voldoende behandelduur, minder kans op het zich voortijdig aan de behandeling onttrekken omdat men het in de woonfunctie van het psychiatrisch centrum niet kan uithouden.

Het gaat hierbij dus om verbetering van voorzieningen incl. service. Ook de aanpak van Van Andel behoort hiertoe in zekere zin: verbetering van de organisatie. Op deze gebieden moet nog veel gedaan en veranderd worden. Begrenzing van de mogelijkheden van deze aanpak is niet alleen gelegen in financieel-economische factoren, maar ook in het probleem dat aangenaam en goed, ook met betrekking tot wonen in een behandelinstituut, niet volledig samenvallen. Deze methode van bewerken van het leefklimaat leidt tot ontstaan van een goed hotel dat tevens behandelingen biedt.

2 – Een aanpak gericht op het *tot stand brengen van leefklimaat dat de behandeling in engere zin zoveel mogelijk bevordert*. Voorbeelden hiervan zijn: het klassieke ziekenhuisklimaat, en ook de psychotherapeutische gemeenschap. Het gewone dagelijkse leven wordt geplaatst in het teken van de behandeling in engere zin; alles is afgestemd op het efficiënt doen plaatsvinden van de behandeling. Van belang hierbij zijn:

- de behandel-/verblijfsduur;
- het behandeldoel.

Hoe beperkter het behandeldoel gekozen wordt, des te bedreigender is het verblijf, zeker op den duur. Een klimaat, afgestemd op psychotherapie is minder riskant dan een klimaat afgestemd op medicamenteus herstel van hersenfuncties. Maar het eerste is voor relatief weinig, het tweede voor veel psychiatrische patiënten toegankelijk. Hierbij dreigt de psychiatrische patiënt als mens onvoldoende tot zijn recht te komen.

Instituten die zich volgens deze aanpak ontwikkelen worden met de volgende beperkingen geconfronteerd: alleen kortdurende opnamen zijn mogelijk zonder gevaar voor schadelijke nevenwerkingen ten gevolge van het ziekenhuisverblijf, of alleen een (streng) geselecteerde patiëntengroep kan worden toegelaten.

3 – Een aanpak gericht op *verbetering van het gebruik van het leefklimaat door de bewoners*, een optimale benutting van de mogelijkheden die het gegeven leefklimaat biedt. Het gaat hier om een agogische aanpak. Nog grotendeels onopgeloste problemen hierbij zijn:

- het in hoofdzaak ontbreken van een op psychopathologie afgestemde ortho-agogiek;
- de eigen eisen die vanuit een agogisch gezichtspunt gesteld moeten worden met betrekking tot groeps grootte, groepssamenstelling, huisvesting en intensiteit van begeleiding, en waaraan in de gegeven omstandigheden slechts zelden voldoende tegemoet gekomen kan worden.

Toch lijkt de aanpak in principe aan te grijpen in het spanningsveld van de paradox: gewoon zijn en anders zijn, en in de wisselwerking tussen bewoner en omgeving. Hierbij worden de mogelijkheden tot behandeling in engere zin gerekend tot de mogelijkheden die het leefklimaat de bewoner biedt, tot de mogelijkheden die benut kunnen worden. In deze visie is het leefklimaat primair en zijn behandelingen secundair, is persoonlijkheidsgroei primair. Groei is een algemeen menselijke mogelijkheid: de praktische beperkingen zijn echter veelal even indrukwekkend als de theoretische mogelijkheden. Hier ligt in principe een mogelijkheid tot sociotherapie voor alle categorieën psychiatrische patiënten en voor alle soorten psychiatrische afdelingen.

De drie hier genoemde mogelijkheden tot bewerking van het leefklimaat laten zich zo nodig combineren. Het is ook mogelijk dat er een meer of minder vergaande scheiding aangebracht wordt tussen leefklimaat en behandelklimaat. Het aanbrengen van een scheiding tussen wonen en behandelen, ook ruimtelijk, biedt het praktische

voordeel van enige vereenvoudiging van de toch wel erg ingewikkelde problematiek van de interactie. Deze scheiding komt bovendien tegemoet aan het feit dat de noodzakelijke differentiatie van woonklimaten dan niet hoeft samen te vallen met een differentiatie in behandelingsaanbod.

Enkele immateriële aspecten van het leefklimaat, van belang voor de sociotherapie

Genoemd werd reeds de noodzaak tot handhaving van de paradox gewoon zijn en anders zijn, in iedere behandelsituatie. Voor de kwaliteit van het leefklimaat zijn verder de opvattingen, normen en waarden die gehanteerd worden door personeelsleden en patiënten van groot belang.

– Van bijzondere betekenis is de wijze waarop het toewendings-/afwendingsgedrag van hulpverleners ten aanzien van de diverse categorieën hulpvragers met betrekking tot het behandelbeleid gehanteerd wordt; het onderscheid tussen gewenste en ongewenste patiënten zou niet mogen gaan samenvallen met het onderscheid tussen geschikt en ongeschikt voor opname/behandeling.

– Een gevaar is dat, misschien meer impliciet dan expliciet, ontslag uit het ziekenhuis en herstel van maatschappelijk functioneren als enige doelstelling van behandeling en verblijf in het ziekenhuis aan patiënten wordt overgebracht. Dit kan catastrofaal zijn voor patiënten voor wie deze doelstelling niet haalbaar lijkt. Een gezondheidsbegrip dat aan een gaafheidsideaal wordt ontleend dreigt het therapeutisch handelen ten aanzien van patiënten aan wie zich dit ideaal niet laat realiseren te verlammen. En dan is er van onbehandelbare patiënten sprake! Het komt erop aan dat het gehanteerde gezondheidsbegrip, de gekozen doelstelling expliciet gemaakt wordt. Ten behoeve van de diverse patiëntencategorieën moet zorgvuldig een juiste doelstelling worden geformuleerd.

– Een goed leefklimaat wordt ook gekenmerkt door hoop en toekomstperspectief. De sociotherapie staat bij een grote groep psychiatrische patiënten voor de moeilijke opgave dit toekomstperspectief te ontwerpen onder omstandigheden waar de verwachting van herstel van maatschappelijk functioneren niet of slechts ten dele in vervulling zal kunnen gaan.

De noodzakelijke differentiatie van afdelingen in het psychiatrisch ziekenhuis

De voorzieningen (huisvesting, behandel-/verpleegprogramma's, personeelsbezetting) moeten afgestemd zijn op de behoeften van de patiënten/cliënten. Hierbij wordt niet uitsluitend aan de behoeften van de individuele zieke gedacht, maar aan de behoeften van het cliëntensysteem. Dit vereist een interne differentiatie in het psychiatrisch centrum.

De volgende indelingen in categorieën van patiënten lijken van belang, zodat zij als uitgangspunt voor deze differentiatie gebruikt worden.

1 – Indeling naar *leeftijd*.

Algemeen wordt aanvaard dat voor kinderpsychiatrie, geronto-psychiatrie, en voor de daartussen liggende leeftijdsgroep (met uitzonderingen en grensgevallen) afzonderlijke voorzieningen en programma's vereist zijn.

2 – Indeling naar *uitoefeningsmogelijkheid van de woonfunctie*.

(a) Kan een zieke, buiten het ziekenhuis thuis wonen dan dient de behandeling op behoud en versterking van dat thuis wonen gericht te zijn: dagbehandeling (of poliklinische hulp) verdienen de voorkeur. Een eventueel noodzakelijk ziekenhuisverblijf en -behandeling dient geheel gericht te zijn op reïntegratie in eigen milieu.

(b) Heeft een zieke, waardoor dan ook, geen 'thuis' in de maatschappij, dan dient het psychiatrisch centrum in zijn woonbehoeften te voorzien en tevens de noodzakelijke behandeling te bieden; een sociotherapeutische woongemeenschap is dan aangewezen. De inrichtingsbehandeling dient dan gericht te zijn op aanvaarden van deze woonsituatie, en zo mogelijk te zijner tijd op verhuizen naar een andere woonplaats in de maatschappij.

3 – Indeling naar *psychiatrisch toestandsbeeld/gedragsniveau*.

Het gaat hierbij om de mate waarin externe gedragsregulatie noodzakelijk is, corresponderend met de mate van zelfstandigheid en mogelijke bewegingsvrijheid. In de praktijk is het dan nodig een onderscheid te maken tussen patiëntengroepen waarvoor maximale, geen, of een variërende mate van externe gedragsregulatie noodzakelijk is. Een afzonderlijke plaats neemt in de groep lichamelijk verzorgingsbehoefte psychiatrische patiënten. De bovenstaande vier patiëntencategorieën stellen elk hun eigen eisen aan huisvesting en bewerking van het leefklimaat.

Gedragskenmerken van de patiëntengroep en de daarbij gekozen huisvestingsvorm zijn beide belangrijke elementen in het aangetroffen leefklimaat op een afdeling. Men zou hierin de door Binswanger (1973) onderscheiden omgangsvormen kunnen herkennen:

- een klimaat waarin het druk uitoefenen en het onder de indruk zijn domineert, dit is het elkaar aanspreken op de beïndrukbaarheid, het hanteren van de omgangsvorm (emotionele) druk;
- een klimaat waarin domineert het 'nemen bij de zwakke plaats', het manipuleren;
- een klimaat waarin de omgangsvorm van de afspraak domineert, het 'elkaar nemen bij het woord'.

Elk aangetroffen leefklimaat vereist een vorm van sociotherapie die is afgestemd op de in dat leefklimaat dominerende omgangsvorm.

Door een verdere uitwerking van deze uitgangspunten is een differentiatie van (woon-)afdelingen in een psychiatrisch centrum mogelijk; door een gedeeltelijk gescheiden van de woonafdelingen georganiseerd, gedifferentieerd behandelingsaanbod kan een psychiatrisch centrum aan de woon- en behandelbehoeften van sterk gevarieerde patiëntengroepen gaan voldoen.

Sociotherapie in het algemeen psychiatrisch ziekenhuis: thema en variaties

Het thema is een aan antropologie en agogiek ontleende sociotherapie die aangrijpt in de wisselwerking van leefklimaat en behandeling, in het spanningsveld van het tegelijkertijd 'gewoon' en 'anders' zijn van de psychiatrische patiënten.

De variaties zijn:

- (1) de toepassingen hiervan in op het gedragsniveau en de mate van onvrijheid en onzelfstandigheid van de patiënten/bewoners afgestemde woonsituaties;
- (2) voor kortdurende opnamen/behandelingen en/of met het oog op de behandeling in engere zin geselecteerde patiëntengroepen de toepassing van het ziekenhuismodel, het model van de klinische psychotherapie of het hotel-model.

Literatuur

- Andel, H. van (1980), Beleidspsychiatrie. *T. Psychiat.* 22, 380-393.
- Binswanger, L. (1973), *Grundformen und Erkenntnis menschlichen Daseins*. München, Reinhardt Verlag (5e Auflage).
- Drif, H. van der (1975), *Het wonen en zijn therapeutische waarde*. Lochem, De Tijdstroom.
- Eynde, I. E. I. M. van (1976), Wonen en hospitalisatie. *T. Psychiat.* 18, 87-99.
- Horst, W. ter (1977), *Het herstel van het gewone leven*. Groningen, Wolters Noordhoff.