

Sociotherapie in een psychogeriatrisch verpleeghuis: ijdele hoop of hopeloze ijdelheid?

door J. J. Luijten

Ijdele hoop . . . ?

Sommigen van U zullen bij het horen van het thema van mijn inleiding reageren met een zekere sceptische welwillendheid in die zin dat het enerzijds goed is dat er nog wat voor demente bejaarden wordt gedaan, maar dat het anderzijds wat te hoog gegrepen lijkt om daar de term sociotherapie voor te gebruiken. Die sceptische houding zal zijn oorzaak vinden in het feit dat bejaarden therapeutisch niet erg in trek zijn, zeker als het gaat om psychogeriatrische patiënten, van wie een belangrijk deel wordt gevormd door de groep z.g. demente bejaarden. Hun diagnose 'irreversibel organisch cerebraal syndroom' staat gelijk aan: hopeloos, niet behandelbaar, opbergen in een verpleeghuis. Een psychogeriatrisch verpleeghuis kan daardoor snel beschouwd worden als een instituut voor dumppatiënten, die vanaf het moment dat zij sociaal dood worden verklaard in meerdere of mindere mate liefdevol worden verzorgd tot het moment dat de fysieke dood volgt (Miller & Gwynne, 1972). Velen beschouwen een dergelijke plaatsing in een verpleeghuis dan ook als een maatregel bij gebrek aan beter (Van 't Hooft, 1980). Met een verwijzing naar Dante kunnen patiënten die opgenomen worden in een psychogeriatrisch verpleeghuis het beste alle hoop maar laten varen . . .

Een verpleeghuis wordt dus omringd met een aureool van hopeloosheid, aftakeling, dood en zinloosheid. Maar dit is niet het enige kenmerk van een verpleeghuis. Een andere, even belangrijke karakteristiek is, dat niemand eigenlijk nog precies weet wat het is. Als paddestoelen zijn dergelijke instituten na de Tweede Wereldoorlog uit de grond geschoten zonder dat de ontwikkeling van de kwaliteit in sommige gevallen gelijke tred heeft kunnen houden met de explosieve groei van deze instituten. Ook al stelt de Cen-

Schrijver is psycholoog-psychotherapeut, en als directielid werkzaam in het psychogeriatrisch verpleeghuis 'Mariahoeve', Hongarenburg 240 te Den Haag, behorende bij de Stichting K.V.V. aldaar. Dit artikel werd als inleiding gehouden voor de Sectie Klinische Psychiatrie van de Ned. Ver. voor Psychiatrie op 30 januari 1981.

trale Raad van Volksgezondheid in haar derde advies (1972) dat het zorgdragen voor een optimaal leefmilieu tot de doelstellingen van het verpleeghuis zou behoren, de interne en externe structuren in en rond het verpleeghuis laten het bereiken van die doelstellingen nauwelijks in voldoende mate toe. Velen hebben hun tanden gezet in deze structuren in de hoop daarmee het een en ander te kunnen veranderen, om daarna tot de conclusie te komen dat hun gebit niet meer is wat het geweest is (Ten Have, 1979; Beerthuizen, 1981).

Sociotherapie: hopeloze begripsverwarring

Er heerst veel verwarring rondom begrippen als sociotherapie, milieutherapie, therapeutische gemeenschap etc., niet alleen omdat de gehanteerde concepten vaag zijn gedefinieerd (Zeitlyn, 1967; Rossi & Filstead, 1973), maar ook omdat deze begrippen als het ware een Noorse ontbijttafel vormen, waarbij iedereen die porties eruit pikt die het meest in zijn ideologische straatje te pas komen (Kolpow & Cohen, 1976). Maar behalve deze begripsverwarringen, vormt het ideologische aspect van sociotherapie en het ontbreken van een technologie, gericht op de operationalisatie van de gehanteerde begrippen, een steen des aanstoets. Geen wonder dat door sommigen (w.o. Perrow, 1965) het bestaansrecht van sociotherapie als een eigen, specifieke behandelingsmethode wordt ontkend en meer wordt beschouwd als een stroming om patiënten op een meer menswaardige, fatsoenlijke manier te behandelen. Op zichzelf al een hele kunde om dit binnen traditionele, bureaucratische organisaties te bereiken, maar als 'behandelaar' geniet je nu eenmaal meer prestige dan als verdediger van mensenrechten.

Dit status-aspect is ook in een ander opzicht van belang: een gezondheidszorgorganisatie is toch vaak een 'arena' waarin diverse behandelaars proberen met behulp van hun ideologieën – ongeacht of deze nu een sociotherapeutische of een somatotherapeutische ideologie is – binnen deze organisatie een zo machtig mogelijke positie in te nemen (Strauss e.a., 1964). Maar er zijn nog andere, min of meer ijdele aspecten aan het toepassen van sociotherapie: bijv. als externalisatie van persoonlijke waarden en behoeften van de sociotherapeut (Reiss, 1976), als middel om de eigen frustraties en teleurstellingen in het werken met psychisch gestoorde patiënten van een suikerlaagje te voorzien (Zeitlyn, 1967) of misschien als een collectief defensiemechanisme om ziekte en dood daardoor buiten de deur te houden (Menzies, 1960).

Samenvattend zou men kunnen stellen dat het toepassen van een vaag gedefinieerde therapievorm in een verpleeghuis dat onderontwikkeld en welhaast ontoegankelijk lijkt als het gaat om psychosociale hulpverlening, en dan ook nog gericht op een patiëntenpopulatie die door zeer velen als onbehandelbaar worden beschouwd ijdele hoop lijkt te zijn, of – als men dit willens en wetens toch wil proberen – getuigt van hopeloze ijdelheid.

Na deze weinig hoopvolle opening aan mij nu de taak om duidelijk

te maken dat het toepassen van sociotherapie in een verpleeghuis toch een reële mogelijkheid is.

Wat is sociotherapie eigenlijk . . . ?

In dit verband wil ik eerst duidelijk maken wat naar mijn gevoel het wezenlijke van sociotherapie is. De grondgedachte van sociotherapie is dat er een onlosmakelijke eenheid bestaat tussen het individu en zijn omgeving. Het individu kan dan worden gedefinieerd als een subsysteem dat van een overkoepelend, i.c. sociaal systeem, deel uitmaakt. Pathologie treedt op wanneer het evenwicht tussen het individu en zijn milieu wordt verstoord, hetzij door intra-individuele stoornissen, hetzij door veranderingen in het sociaal systeem waardoor het adaptatie-mechanisme van het betrokken individu van slag raakt. In beide gevallen ontstaat dan een soort circulaire reactie-keten, waarbij soms achteraf moeilijk naspeurbaar is of de oorzaak van de opgetreden pathologie lag in het individu zelf of in zijn milieu. Voor deze compacte definitie heb ik een systeemtheoretisch begrippenkader gebruikt, maar even zo goed kan men deze definitie in andere theoretische termen gieten.

Het uitgangspunt van sociotherapie is m.i. dat men zich richt op deze interactie tussen het individu en zijn milieu met als doel deze wisselwerking zo therapeutisch mogelijk te beïnvloeden. De vraag, die men zich in dit kader kan stellen is of een dergelijk uitgangspunt nog wel geldt voor een categorie patiënten die de diagnose dementie met zich meedragen. Wanneer men een dementering verklaart in termen van een afbraakproces in het cerebrum, dat zich nagenoeg onafhankelijk ontwikkelt van milieu-invloeden, dan lijkt een dergelijke gedachtengang niet meer te gelden. Het individu is dan een min of meer gesloten systeem dat door het noodlot, door erfelijkheidsfactoren of door andere nog niet geheel duidelijke organische processen wordt getroffen. Dit model, dat dementiële syndromen verklaart in termen van afbraak, atrofie, slijtage, geeft aan toepassingen van sociotherapie nauwelijks een legitieme basis, trouwens überhaupt aan geen enkele vorm van medische en niet-medische therapieën. De diagnosticus is tot machteloosheid gedoemd, slechts resultaten vanuit de research kunnen voor latere patiëntengeneraties wellicht hoop bieden.

Deze gedachtengang, gebaseerd op het z.g. defect-model (zie wederom Van 't Hooft, 1980), is in de gezondheidszorg wijd verspreid en verklaart voor een deel het therapeutisch nihilisme ten aanzien van psychogeriatrische patiënten. Dit denken is echter in de moderne geriatrie verouderd. Steeds minder is men geneigd de bejaarde, en zeker de psychisch gestoorde bejaarde, als een soort wegwerp-artikel te beschouwen, en men onderkent in toenemende mate de rol van psychosociale factoren bij het ontstaan van psychische stoornissen in de ouderdom. Dit impliceert de erkenning van het feit dat ook het gedrag van de ouder wordende mens, en dus ook van zijn (psycho)pathologie niet los kan worden gezien van de sociale context waarin deze zich manifesteert. Daarmee komt ook

het thepareutisch nihilisme ten aanzien van psychisch gestoorde bejaarden op losse schroeven te staan, en daardoor is de deur geopend – ook al staat deze wellicht nog op een kier – voor het toepassen van sociotherapie op deze patiëntenpopulatie.

De vormgeving van sociotherapie in een psychiatrisch verpleeghuis

Nu ik heb duidelijk gemaakt dat de relatie individu-milieu niet aan leeftijd is gebonden, en zeker ook geldt voor psychogeriatrische patiënten, wil ik proberen aan te geven welke vormen sociotherapeutische mogelijkheden binnen een psychogeriatrisch verpleeghuis kunnen aannemen.

Doelstellingen

Op de eerste plaats dient men zich af te vragen welke doeleinden men voor deze patiëntenpopulatie wil bereiken. Ik denk aan de volgende:

1 – De belangrijkste doelstelling is dat men in het psychogeriatrisch verpleeghuis een bereidheid en een motivatie ontwikkelt om de symptomatologie van de betreffende patiënt te verklaren tegen de achtergrond van de sociale context waarin deze symptomen zich voordoen. In feite komt dit hierop neer dat men de wisselwerking tussen individu en inrichtingsmilieu leert onderkennen en – als een min of meer logische consequentie van het voorafgaande – ook in wil grijpen in het inrichtingsmilieu zodra men een samenhang tussen symptoom en de sociale context constateert.

2 – Een uitvloeisel van de eerder genoemde doelstelling is dat men daarnaast bewerkstelligt dat er een zo hoog mogelijk interactieniveau is tussen patiënten en personeel. In analyses die van diverse therapeutische milieus zijn gemaakt, komt dit steeds naar voren als een wezenlijk ingrediënt van sociotherapie (Gunderson, 1980). In dit verband wil ik de tegenpool van deze doelstelling noemen, namelijk de kloof die er bestaat tussen personeel en patiënten, indringend beschreven bijv. door Goffman (1975), en als het gaat om patiënten van een verpleeghuisafdeling door Evenhuis e.a. (1980).

3 – Een derde doelstelling is dat men binnen de grenzen van de mogelijkheden van de betreffende patiëntenpopulatie en de mogelijkheden van het verpleeghuis streeft naar een zo optimaal mogelijk niveau van activiteiten en autonomie van patiënten. Concreet komt dit neer op het handhaven van de zelfredzaamheid, zowel in lichamelijk als in psychologisch opzicht van de patiënten.

4 – Een vierde doelstelling is het streven naar een andere rolopvatting, c.q. attitude bij het verzorgend en behandelend personeel. Binnen een starre, complementaire rolverdeling tussen patiënt en personeel, waarbij voornamelijk verzorgingstechnisch-instrumentele handelingen op de patiënt kunnen worden uitgevoerd, kan er immers sprake zijn van therapeutisch gedrag ten aanzien van de patiënt (Lammers en Cassee, 1971).

5 – Een vijfde doelstelling ten slotte is het zoveel mogelijk betrekken van familieleden bij het verpleeghuisgebeuren. Deze familieleden nemen in de belevingswereld van de patiënt een zeer belangrijke plaats in en als zodanig vormen zij een wezenlijk onderdeel van het actuele milieu van de betreffende patiënt. Door hen binnen het verpleeghuismilieu die plaats te geven die hen in psychologisch opzicht rechtens toekomt, vormen zij daarmee tegelijkertijd een onderdeel van het sociotherapeutisch beïnvloedingsproces.

Operationalisatie van de doelstellingen

Hierbij heeft men twee keuzemogelijkheden, nl. min of meer longitudinaal het ontwikkelingsproces beschrijven of een soort dwarsdoorsnede maken van het verpleeghuis, daarbij aangevend welke veranderingen er zijn opgetreden als gevolg van het toepassen van sociotherapie. Ik kies voor de dwarsdoorsnede, omdat dit naar mijn gevoel het meest duidelijk maakt op welke wijze men de genoemde doelstellingen kan operationaliseren.

Eerst wat feiten over het verpleeghuis zelf. Het gaat hier om een verpleeghuis met een capaciteit van ongeveer 240 psychogeriatrische patiënten; de gemiddelde leeftijd is ongeveer 80 jaar, meer dan 70% van de totale populatie bestaat uit vrouwen. Qua ziektebeelden zien wij een breed scala van dementiële syndromen, variërend van licht tot zeer ernstig gestoord. Een gedeelte van de patiëntenbevolking is ook lichamelijk gehandicapt, voornamelijk als gevolg van neurologische afwijkingen en stoornissen in de mobiliteit. Er werken zo'n 180 personeelsleden, waarvan ongeveer 120 ziekenverzorgenden zijn, en daarvan weer meer dan de helft leerling-ziekenverzorgenden. De gemiddelde leeftijd van het verzorgend personeel zal rond de 20-22 jaar schommelen. Juist dit generatieverschil vormt een extra communicatiekloof.

Wanneer men een dwarsdoorsnede maakt van een verpleeghuis waarin men sociotherapie toepast en deze vergelijkt met de dwarsdoorsnede van een verpleeghuis waarin men nog min of meer traditioneel werkt, dan vallen op de eerste plaats de verschillen in de formele organisatiestructuur op. Zal men in een traditioneel verpleeghuis een tamelijk gecentraliseerde, klassiek-bureaucratische organisatievorm aantreffen, waarin relatief sterk het accent valt op controle en beheersing, in een sociotherapeutisch verpleeghuis ziet men een organisatiestructuur gebaseerd op z.g. semi-autonome werkgroepen (Boekholdt & Kanters, 1978). Dit model vertoont sterke overeenkomsten met de z.g. groepsverpleging (Luijten, 1979). Dit impliceert dat men binnen het verpleeghuis afgebakende leef- en werkgroepen tegenkomt, die juist vanwege hun relatieve autonomie alle gelegenheid hebben hun eigen cultuur, en zo men wil, hun eigen 'couleur locale' te ontwikkelen.

Dit organisatie-model scheidt de noodzakelijke voorwaarde voor het bereiken van de eerdergenoemde doelstellingen. Ten eerste wordt het diffuse en tamelijke amorphe verpleeghuismilieu gerangordend in min of meer afgebakende compartimenten, overzichtelijk en voor de patiënt en diens familie en de daar werkzame personeels-

leden. Tevens heeft dit organisatiemodel het voordeel dat degene die sociotherapeutisch wil interveniëren systematischer en doelgerichter zijn interventies kan plaatsen.

Nauw samenhangend met dit organisatiemodel is de differentiatie van de patiëntenpopulatie. Er zijn namelijk 19 leefgroepen of 'milieus' gecreeërd, en aan de hand van de stoornissen van de patiënt, zijn sociale achtergronden, zijn karakterstructuur, zijn behoeften etc. kan de betreffende patiënt in één van die leefgroepen worden geplaatst. Hierbij balanceren wij tussen òn een te sterke heterogeniteit òn een te sterke homogeniteit qua groepssamenstelling. Dit heeft een variatie van leefgroepen tot gevolg, zo zien we enerzijds een leefgroep die als doel heeft de resocialisatie van patiënten – d.w.z. ontslag uit het verpleeghuis –, anderzijds bijv. meerdere leefgroepen met als doel de verzorging en begeleiding van patiënten met ernstige dementiële syndromen. Door deze leefgroep-indeling en de daarmee samenhangende patiëntendifferentiatie wordt het ook mogelijk de sociotherapeutische doelstellingen af te stemmen op het niveau van de betreffende patiëntengroep. Het ligt bijv. voor de hand dat het streven naar patiënten-autonomie een andere invulling krijgt bij een leefgroep bestemd voor resocialisatie, dan bij een leefgroep bestemd voor bijv. ernstig gestoorde patiënten.

Formele organisatiestructuur

Ik wil nog doorgaan op de implicaties van de veranderingen in de formele organisatiestructuur, juist omdat dergelijke aspecten binnen de sociotherapie – ook de Staatscommissie maakt zich hieraan schuldig – relatief weinig aandacht krijgen. Keren we terug op de dwarsdoorsnede van de eerdergenoemde verpleeghuizen, dan zien we ook duidelijke verschillen in de machts-, communicatie- en werkstructuren.

Zo vertoont de *machtsstructuur* in een sociotherapeutisch werkend verpleeghuis duidelijk gedecentraliseerde kenmerken. Zo moeten beslissingen die alléén betrekking hebben op de betreffende leef- en werkgroep, op dat organisatorisch niveau kunnen worden afgehandeld. Niets is fnuikender voor het initiatief en de activiteit van het personeel en patiënten als routine-beslissingen een eindeloze hoeveelheid bureaucratische schijven moeten passeren. Wel moet procedureel duidelijk zijn welke beslissingen op leefgroepniveau kunnen worden afgehandeld en welke beslissingen in een hoger organisatorisch echelon aan de orde worden gesteld. Een verdere consequentie van deze gewijzigde machtsstructuur is dat alle overbodige niveaus tussen de directie en het leefgroepniveau zijn c.q. worden geëlimineerd. In concreto betekent dit dat er veelvuldig contact is tussen de directie – als opperste gezagsorgaan – en de betreffende leefgroep.

Voor wat betreft de *communicatiestructuur* zien we duidelijk meer geformaliseerde overlegmomenten dan in vergelijking tot een traditioneel opererend verpleeghuis. De frequentie en de continuïteit van deze overlegorganen zijn noodzakelijk om de volgende doeleinden: er vindt daardoor een optimale uitwisseling van werkrele-

vante informatie plaats; binnen deze overlegorganen kunnen op doeltreffende wijze sociotherapeutische interventies worden gepleegd, met als doel de bevordering van de cohesie, het bespreekbaar maken van conflicten, emoties etc., en dit heeft weer als oogmerk de werksfeer zodanig te zuiveren van al dan niet latente conflicten dat zij geen nadelige invloed kunnen hebben op de verzorging en begeleiding van patiënten. Dergelijke overlegmomenten kosten uiteraard tijd, maar mijn ervaring leert dat wanneer men deze tijdsinvestering niet pleegt, men daardoor de opbloei van informele informatiecircuits bevordert, die even tijdrovend, maar daarentegen des te meer sfeerbedervend zijn.

Ten slotte de *werkstructuur*. Hierbij gaat het om de werkverdeling, het stellen van prioriteiten in geval van tijdnoed, dienstroosterplanning etc. Ook in deze structuur kan men naar hartelust sociotherapeutische interventies plegen. Ik kom nu terug op de tweede doelstelling, namelijk het bevorderen van een zo hoog mogelijk interactieniveau tussen patiënten en personeel. In verpleeghuizen die worden gekenmerkt door een grote kloof tussen patiënten- en personeelscultuur, zien we dat een relatief grote hoeveelheid werktijd wordt gespendeerd aan werkzaamheden *rondom* de patiënt in plaats van rechtstreeks gericht op die patiënt. Je ziet dan troosteloze dagverblijven van patiënten, terwijl het verzorgend personeel druk bezig is in spoelkeukens en slaapkamers. Vandaar dat de werkstructuur een geliefd doelwit vormt van sociotherapeutische interventies, met als oogmerk de werkstructuur zodanig te veranderen dat het personeel meer in contact kan en moet komen met de aan hun zorg toevertrouwde patiënten.

Informele structuur

De informele structuur betreft het gebied van de sociale processen tussen personeelsleden onderling, patiënten onderling en tussen patiënten en personeelsleden. Traditioneel gezien is dit bij uitstek het werkterrein van sociotherapeuten, waarbij men probeert het netwerk van sociale relaties zodanig te beïnvloeden dat deze een therapeutische waarde krijgt voor de individuele patiënt. Hoe men op dit niveau binnen een verpleeghuis het beste op sociotherapeutische wijze kan interveniëren laat zich het best illustreren aan de hand van een concreet voorbeeld. Wanneer binnen een leefgroep een patiënt of een aantal patiënten duidelijk een verergering van symptoomgedrag vertoont, zal men zich moeten afvragen op welke wijze dit symptoomgedrag zich laat verklaren. Het kan zijn dat door organische of door intrapsychische oorzaken de symptomen worden geprovoceerd, maar het kan ook zijn – en nu wordt het sociotherapeutisch gezien interessant – dat het symptoomgedrag direct of indirect te maken heeft met de sociale context, waarbinnen deze symptomen zich voordoen. Wanneer er inderdaad sprake lijkt te zijn van een wisselwerking tussen symptoomgedrag en het betreffende milieu, dan verwijst deze voor het merendeel der gevallen naar het informele niveau van de organisatie, zoals gezegd het niveau van de sociale interactie.

Een voorbeeld. In een bepaalde leefgroep vertoonde een patiënt een toename van agressief, onrustig en verward gedrag, zonder dat bijv. organische oorzaken hiervoor konden worden gevonden. Binnen een patiëntenbespreking bleek dat de toename van dit gedrag samenviel met de verandering van de sociale positie van de betreffende patiënt. Was deze patiënt kort daarvoor nog een favoriet bij het personeel, door bepaalde omstandigheden had zij deze populariteit verloren, met als gevolg dat zij door symptomen ageerde op deze sociale verandering. Het betreffende personeel stelde zich aanvankelijk sterk defensief op, want – zo werd luide verkondigd – goede verzorgenden doen niet aan favoritisme, voor hen is toch elke patiënt gelijk. Het lukte echter door deze defensie heen te breken en een discussie op gang te brengen welke kenmerken een patiënt populair maken. Een pikante bijzonderheid aan het eind van deze discussie bleek te zijn, dat de daling van de populariteit van de betreffende patiënt duidelijk samenhang met de daling van het sociaal aanzien van het personeelslid dat de patiënt het meest protegeerde.

In deze onderwereld van interpersoonlijke relaties floreren stereotypieën, angsten, defensiemechanismen, coalities, klikvorming, informele leiders, latente conflicten, zondebokverschijnselen, kortom een scala van verschijnselen waarbij een groepstherapeut zich het water in de mond voelt lopen. Terecht vormt dit interactieniveau het doelwit van sociotherapeutische interventies, omdat deze sociale verschijnselen nauw samen lijken te hangen met de psychopathologie van de individuele patiënt (Stanton & Schwartz, 1954). Verder is vanuit de groepsdynamica bekend dat openlijke of latente conflicten op procesniveau – het niveau derhalve van interpersoonlijke relaties – remmend werken op het taakniveau, i.c. het nastreven van bijv. sociotherapeutische doeleinden.

Samenvattend zou men kunnen stellen dat sociotherapeutische interventies op het formele en het informele organisatieniveau in ieder geval condities scheppen voor het bereiken van mijn eerder genoemde sociotherapeutische doelstellingen, en voor een deel al de invulling daarvan zijn. Ten overvloede: al deze wijzigingen in de structuur zijn géén doel op zich, maar een middel tot het bereiken van milieutherapeutische doeleinden gebaseerd op de patiënt.

Attitude van het personeel

Ik wil echter nog terug komen op de eerder genoemde attitude, c.q. rolverandering bij het verzorgend personeel. Een attitude of houding is opgebouwd uit drie componenten: een cognitieve component, een emotionele component en een handelings- of gedragscomponent. Wil men bijv. een ziekenverzorgende een meer sociotherapeutische attitude aanleren, – en daaronder versta ik het leren denken in termen van wisselwerking individu-milieu, het bevorderen van de zelfredzaamheid van de patiënt, het in contact willen treden met patiënten, het willen betrekken van familieleden, kortom het oog hebben voor milieuaspecten –, dan zal men een beïnvloedingsprogramma moeten ontwikkelen gericht op die drie componenten.

In Mariahoeve besteden wij aan de scholing van leerling-ziekenverzorgenden en aan de bijscholing van gediplomeerde ziekenver-

zorgenden veel aandacht, met name als het gaat om de reeds eerdergenoemde (socio)therapeutische attitude. In verband met de mij toebemeten ruimte wil ik dit aspect niet verder uitwerken, maar wèl attenderen op het feit dat veranderingen binnen de formele en informele organisatiestructuur niet los kunnen worden gezien van beïnvloedingsprogramma's gericht op het individuele personeelslid (Pool, 1980).

Samenvatting en conclusie

Ik hoop aannemelijk te hebben gemaakt dat het toepassen van sociotherapie in een psychogeriatrisch verpleeghuis noch een kwestie van ijdele hoop is, noch – alleen maar – een kwestie van hopeloze ijdelheid. Dit neemt niet weg dat het streven naar een therapeutisch milieu in een dergelijk verpleeghuis niet makkelijk is: daarvoor moet men nog teveel opboksen tegen de negatieve stereotypieën die er met betrekking tot het psychogeriatrisch verpleeghuis en zijn bevolking bestaat, een beeldvorming waarin therapeutisch nihilisme de boventoon voert.

De andere handicap is de negatieve stereotypieën rond het begrip sociotherapie, waarin de toepassing eerder is geformuleerd in talloze normatieve voorschriften (zoals: Gij zult democratisch werken met patiënten etc.) in plaats van op empirisch-wetenschappelijke verworvenheden. Een dergelijke normatieve 'verklaring' van sociotherapie roept begrijpelijkerwijze weerstanden op, die een even emotioneel karakter krijgen als de wijze waarop de sociotherapeutische principes worden gepredikt.

Nogmaals het uitgangspunt van de sociotherapeutische benaderingswijze is m.i. helder: menselijk gedrag, en dus ook het ontstaan en de uitingen van zijn pathologie, kunnen niet los worden gezien van de context waarin dit zich manifesteert. Milieutherapie is in het licht van dit uitgangspunt niets anders dan de door diverse disciplines aangetoonde verbanden tussen het individu en zijn milieu in die zin toepasbaar maken dat deze toepassing een therapeutisch effect sorteert.

Aan het eind gekomen van mijn betoog kan ik mij voorstellen dat er toch nog twijfels bestaan, en dan niet zozeer gebaseerd op diagnostische of therapeutisch-technische overwegingen, maar eerder van ethische aard. Volgens mijn bewering kan het toepassen van sociotherapie dementie-remmend werken, maar mag je mensen met een dergelijke stoornis nog zo bewust houden van hun omstandigheden? Zijn deze patiënten niet meer gebaat met een snelle aftakeling om in diepe dementie vergetelheid te vinden? Ik ben het niet met die redenering eens. Is opname in een psychogeriatrisch verpleeghuis eenmaal noodzakelijk geworden, dan heeft naar mijn gevoel en de samenleving en het betreffende verpleeghuis de plicht om elk therapeutisch potentieel te mobiliseren om de patiënt in kwestie een zo menswaardig mogelijk bestaan te laten behouden.

Literatuur

- Barton, R. (1959), *Institutional neurosis*. Wright & Sons, Bristol.
- Beerhuizen, J. (1981), Het leefbare verpleeghuis: innovatie of illusie, *Intermediair*, 17, 47 e.v.
- Boekholdt, M. G. & H. W. Kanters (1978), Team nursing in a general hospital: theory, results and limitations. *J. Occup. Psychol.*, 51, 315-325.
- Centrale Raad voor de Volksgezondheid (1972), *Derde Advies, Verpleeghuizen*, Den Haag.
- Evenhuis, J., e.a. (1980), Buitenstaanders in eigen huis: patiënten van een verpleeghuisafdeling, *Tijdschrift Gerontologie*, 11, 147 e.v.
- Filstead, W. J. & J. J. Rossi (1973), Therapeutic milieu, therapeutic community and milieu therapy: some conceptual and definitional distinctions, Filstead, W. J. & J. J. Rossi (eds.), *The therapeutic community*, Behavioral Publ., New York.
- Goffman, E. (1975), *Totale Instituties*, Universitaire Pers, Rotterdam.
- Gunderson, J. G. (1980), A reevaluation of milieu therapy for nonchronic schizophrenic patients, *Schizophrenia Bulletin*, 6, 65-69.
- Ten Have, H. (1979), *Het verpleeghuis: veld van onderzoek*, Van Loghum Slaterus, Deventer.
- Hoof, F. van 't (1980), Dementie bij bejaarden, een begrip voor de mens met dement gedrag, *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 22, 175-198.
- Kopolw, L. E. & G. D. Cohen (1976), Milieu therapy: toward a definition for reimbursement, *Amer. J. Psychiat.*, 133 (9), 1060-1063.
- Lammers, C. J. & E. Th. Cassee (1971), *Mensen in het ziekenhuis*, Wolters-Noordhoff n.v., Groningen.
- Likert, R. (1967), *The human organization: its management and value*, Mc Graw-Hill, New York.
- Luijten, J. J. (1979), *Teamverzorging als middel tot het bereiken van een therapeutisch leefklimaat*, Inleiding studiedag, N.Z.R., 19-04-1979.
- Menzies, I. E. P. (1960), A case study in the functioning of social systems as a defence against anxiety: a report on a study of nursing service of a general hospital, *Human Relation*, 13, 95-121.
- Miller, E. J. & G. V. Gwynne (1972), *A life apart*, Tavistock Publ., London.
- Perrow, C. (1965), Hospitals: technology, structure and goals, March, J. G. (ed.), *Handbook of Organizations*, Rand McNally, Chicago.
- Pool, J. J. (1980), Training van therapeutisch gedrag bij verpleegkundigen, *Gezondheid & Samenleving*, 1, 266-274.
- Reiss, D., e.a. (1976), Personal needs, values and technical preferences in the psychiatric hospital, *Arch. Gen. Psychiat.* 33, 795-804.
- Stanton, A. H. & M. S. Schwartz (1954), *The mental hospital*, Basic Books, New York.
- Strauss, A., e.a. (1964), *Psychiatric ideologies and institutions*. Free Press of Glencoe, New York.
- Zeitlyn, B. B. (1967), The therapeutic community: fact or fantasy?, *Brit. J. Psychiat.* 113, 1083-1086.