

Sociotherapie, een vak apart?

door J. Bassant

Sociotherapie, een vak apart? Na de voorafgaande inleidingen kunnen we deze vraag gerust bevestigend beantwoorden. Het nut en de mogelijkheden van sociotherapie zijn voldoende aangetoond. Maar hoe zit het met de praktijk? Er wordt immers al sociotherapie bedreven, er zijn al sociotherapeuten.

Ik wil hier even naar de sociotherapeutische praktijk van vandaag kijken en wenselijke ontwikkelingen doornemen, om tenslotte de vraag 'sociotherapie, een vak apart?' opnieuw te beantwoorden.

De plaats van de sociotherapeut

Sociotherapeuten zijn veelal doeners en ik vrees dan ook dat de vloedgolf van literatuur over sociotherapie, die in de laatste jaren is losgekomen een beetje langs hen is heengegaan. Bovendien lijkt een sociotherapeut geen lang beroepsleven beschoren, gemiddeld na 3 à 5 jaar haakt hij af, promoveert weg van de patiënten of gaat gewoon iets heel anders doen. Daarmee vloeit veel praktijkkennis en ervaring voortdurend weg. Werkbelasting, relatieve onderbetaaling en slechte carrièrevooruitzichten zijn structurele oorzaken van dit verloop, maar ook ontoereikende voorbereiding en het ontbreken van adequate begeleiding dragen hun steentje bij.

Beroepsopleidingen hebben naar mijn mening verstek laten gaan en hebben niet voldoende ingespeeld op de veranderende praktijk in de inrichtingen. Verpleegkundigen proberen dit tekort vaak op te vangen door een opleiding inrichtingswerk te gaan volgen, inrichtingswerkers komen tot de ontdekking dat een psychiatrische inrichting wel iets anders is dan waarover ze in de opleiding gefilosofieerd hebben. Dit alles maakt dat de basis, waarop de sociotherapeuten moeten steunen, vrij zwak is. Tekenend is de enorme behoefte bij hen aan opleiding, begeleiding, training, supervisie. Waar

Schrijver is inrichtingswerker, en als hoofd sociotherapie werkzaam in de Jeugdpsychiatrische Kliniek 'Amstelland', Provinciaal Ziekenhuis, Brederodelaan, Santpoort. Dit artikel werd als inleiding gehouden voor de Sectie Klinische Psychiatrie van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie op 30 januari 1981.

er al in deze behoeften voorzien kan worden, blijft het toch vaak behelpen. Het is dan ook te hopen, dat een opleiding sociotherapie snel zijn beslag krijgt, maar ook dat de opleidingen voor verpleegkundigen en inrichtingswerkers meer aan sociotherapie gaan doen. Wellicht wijst het ordescheppende werk van de Commissie Sociotherapie de weg.

Toch is er tegen deze verdrukking in sprake van een zich ontwikkelende sociotherapeutische praktijk en een groeiend zelfbewustzijn bij sociotherapeuten. Waar halen ze dat vandaan? Ik denk: door de ontdekking – of zo U wilt de herwaardering – van het eigen werkgebied van de sociotherapeuten: de leefgroep. Het samenleven in de inrichting krijgt zijn eigen therapeutische betekenis en hoeft die niet te ontleen aan de specialistische therapieën zoals die in de afgelopen twintig à dertig jaar hun intrede hebben gedaan. Sociotherapeuten moeten krachtig aan deze ontwikkeling gaan werken en zich niet meer laten verleiden hand- en spandiensten te verlenen aan die specialistische therapieën zoals co-therapeut zijn in bijv. psychotherapie en gezinstherapie.

Dat dit vaak gebeurt, wijst erop dat sociotherapeuten nog wel gezien worden als manusjes van alles, maar bovenal dat het werken in en met de leefgroep als een restfunctie in de inrichting gezien wordt. De uiterst deplorabele woonomstandigheden in veel inrichtingen werken dat natuurlijk ook wel in de hand, maar zijn aan de andere kant het tastbare bewijs van de geringschatting van het leven in de inrichting.

Er zijn een aantal argumenten te noemen op grond waarvan de inrichting zorg dient te dragen voor een *goed leefklimaat*. Een tweetal wil ik noemen. Het eerste is een humanitair argument. De laatste decennia heeft het inzicht veld gewonnen dat iemand die niet meer in de maatschappij kan functioneren (om wat voor reden ook) automatisch zijn recht op menswaardig wonen verliest. Opvattingen over wat menswaardig is zijn ook gewijzigd. Het op elkaar persen van grote aantallen krankzinnigen op slaapzalen van 100 personen, volstrekt verlies van privacy van de patiënten, geen enkele mogelijkheid om het leven een eigen vorm te geven, tegen deze onmenselijke toestanden is terecht en met succes storm gelopen. Het leven in de inrichting is nu in ieder geval in het beleidsdenken van de inrichting en zelfs van de overheid doorgedrongen. De patiënten hebben recht op een menswaardige en maatschappelijk acceptabele manier van leven.

Een tweede argument is therapeutisch en is vooral uitgewerkt in de therapeutische gemeenschapsgedachte. De inrichting is niet alleen de plaats waar patiënten behandeld worden en ook nog wonen, maar het samenwonen en samenleven van patiënten biedt eigen therapeutische mogelijkheden. Behandeling is niet een kwestie van één of een paar uur per dag therapie, maar omvat het hele verblijf in de inrichting. Daarom moet de inrichting een leefsituatie bieden, die niet alleen menswaardig is, maar ook gericht is op ontwikkeling en groei van de patiënten. Daarmee krijgt het leven in een inrichting een ander doel dan daar buiten en heeft de inrichting iets te

bieden, dat elders niet te krijgen is. Deze dimensie geeft het inrichtingswerk zin en betekenis.

De leefgroep

Het is duidelijk dat de leefgroep in deze gedachtengang een centrale plaats inneemt, immers in de leefgroep presenteert de inrichting zich als samenleving. De leefgroep is de gegroeide praktijk van sociotherapeuten en is ondanks alle goede bedoelingen nog een tamelijk zwakke hoeksteen van het therapeutisch bouwwerk. Dat is zeker niet te wijten aan gebrek aan inzet van de sociotherapeuten. Het heeft meer te maken met een nog gebrekkige methodiekontwikkeling, wat weer te wijten is aan een slechte aansluiting van theorie op praktijk. Nu wordt de praktijk nog te vaak (en te gemakkelijk) geleid door theorieën die voor andere fenomenen dan de leefgroep uitgedacht zijn en niet zonder meer vertaalbaar zijn naar de leefgroep.

Ik vind dat sociotherapeuten wat dit betreft het heft in eigen hand moeten nemen en een eigen praktijktheorie moeten gaan ontwikkelen gericht op de leefgroep en de inrichting als totaal samenlevingsverband. Aanzetten daartoe zijn gemaakt, deels buiten de psychiatrie, ik denk aan b.v. Mayer, Polsky, Cumming en Cumming, en in Nederland: Drillich, Kok en Ter Horst. Ook de in 1979 gestarte Voortgezette Opleiding Inrichtingswerk aan de PVO in Amsterdam biedt daartoe mogelijkheden.

Maar hoe is de situatie nu? Ik onderscheid vier opvattingen over de functie van leefgroepen, zoals je die in inrichtingen tegen kunt komen.

1 – *De leefgroep is louter verblijfplaats* – Eten, slapen en ontspanning (meestal niets doen) zijn aan een vaste, ijzeren routine onderworpen. Iedere dag hetzelfde automatisme. Wat er aan therapie gebeurt valt geheel buiten de horizon van de groep en is sterk individueel gekleurd. De patiënten delen slechts de routine. Inbreuk daarop is niet toegestaan.

2 – *De leefgroep als hotelfunctie* – Het wonen en samenleven staan geheel op zichzelf, los van de behandeling. De patiënten regelen hun eigen wonen binnen de door de inrichting gegeven richtlijnen. Zij logeren als het ware in de buurt van de therapeuten. De therapie heeft het karakter van ambulante therapie: zij is niet afgestemd op de leefgroep of andersom. Kenmerk is dan ook een strakke scheiding tussen wonen en behandeling/therapie.

3 – *De leefgroep is behandelgroep* – Hier speelt het hele leven – inclusief de therapie – zich binnen de grenzen van de leefgroep af. De groep is de hele dag bijeen en alle activiteiten worden gezamenlijk uitgevoerd. Hier het beeld van een zeer intensief samenlevende groep mensen. In dit soort leefgroepen zijn de leefgroepbegeleiders in tegenstelling tot de twee eerste typen nagenoeg in de leefgroep opgenomen en nauw betrokken bij alles wat zich in de leefgroep afspeelt, inclusief de meer specifieke therapieën. Zij zijn de vaders en moeders, de broers en zussen, de vrienden en vriendinnen. Er

is geen (strakke) scheiding tussen samenleven en therapie, evenmin als een (strakke) onderscheiding van taken. Iedereen doet alles naar gelang de situatie vraagt.

4 – *De leefgroep is de plaats waar de patiënten om leren gaan met zichzelf en anderen in het dagelijks leven* – De leefgroep is voor de patiënten de basis van waaruit ze aan de therapieën deelnemen. Er is sprake van integratie van de therapieën in de leefgroep door middel van het alledaagse leven. Het klimaat in dit type leefgroep maakt het patiënten mogelijk om te leren hoe mensen met elkaar problemen oplossen. De nadruk ligt niet op de individuele pathologie, maar meer op het stimuleren en ontwikkelen van de aanwezige mogelijkheden om samen te leven. Hun eigen oplossingen hebben een modelwerking. De richting waarin de groep gaat is het resultaat van een sterke wisselwerking tussen de patiënten en de leefgroepbegeleiders. Deze wisselwerking bepaalt in hoge mate het leefklimaat van de groep en dient dan ook methodisch gehanteerd te worden. Dit vraagt een niet geringe en veelzijdige deskundigheid van de leefgroepbegeleiders.

Deze vier soorten leefgroepen zullen waarschijnlijk niet in reïncultuur voorkomen, ik heb getracht de leefgroepen naar opvallende karakteristieken te rangschikken. Elementen van het ene type zullen zeker in het andere terug te vinden zijn.

Het zal U niet verbazen, dat vooral de begeleiders van de laatste twee typen leefgroepen zich sociotherapeuten noemen. Zij zijn zich bewust van de invloed, die ze op het groepsklimaat hebben en gebruiken die invloed dan ook. Vooral het laatste type leefgroep leent zich naar mijn mening bij uitstek voor sociotherapeutische dus methodische beïnvloeding. De sociotherapeuten hebben daar een eigen werkgebied, dat afgegrensd is naar de andere disciplines en een eigen zingeving heeft (leren samenleven).

Het is van belang dat eigen werkgebied en die eigen zingeving te onderstrepen, omdat die bepalend zijn voor de identiteit van de sociotherapeut. Waar dat ontbreekt (de sociotherapeut bijv. als manasje van alles of als lange arm van de psychiater of psychotherapeut) zal de sociotherapeut vroeg of laat ten prooi vallen aan onoplosbare conflicten of zal hij slechts uitvoerder zijn van elders gevormd beleid. Eigen werkgebied en eigen zingeving zijn natuurlijk niet alleen belangrijk omdat ze sociotherapeuten aan een identiteit helpen. De leefgroep is in deze opvatting de basis van het therapeutische werk; zonder leefgroep dus geen behandeling. Vandaar die specifieke en gerichte aandacht voor de leefgroep.

Mijn verhaal begint op een lofzang op de leefgroep te lijken. Dat mag natuurlijk wel eens, maar de wens moet niet de vader van de gedachte worden. Terug dus naar de realiteit van vandaag.

Problemen in de sociotherapeutische praktijk

In de actuele sociotherapeutische praktijk zijn er zeker ontwikkelingen in de goede richting, maar wij moeten de ogen niet sluiten

voor de problemen. Enkele heb ik er al genoemd: bijv. niet toereikende opleiding, relatieve onderbetaling, slechte carrière-vooruitzichten. Deze zijn extern van aard en niet door sociotherapeuten zelf op te lossen. Maar er zijn ook een aantal problemen, die inherent zijn aan het werk zelf. Een paar wil ik er noemen:

1 – *Sociotherapie is 24-uurs werk* – Dat betekent wisselende diensten voor sociotherapeuten, maar vooral ook werken in steeds andere situaties, wat niet alleen een grote flexibiliteit vraagt, maar ook een zeer ingewikkelde vorm van samenwerken. Het stelt hoge eisen aan solidariteit en begrip voor elkaar. Sociotherapeuten moeten elkaar goed kennen om de eigen manier van werken af te stemmen op die van de collega's, zonder dat daarbij de creativiteit verloren gaat. Ik heb de indruk dat voor dit aspect te weinig oog is. Een adequate begeleiding hierbij ontbreekt veelal en wordt te vaak als een luxe gezien. Het gevolg is dat sociotherapeuten onzeker worden en het gevoel hebben er alleen voor te staan. Dat werkt verlamdend en maakt ze afhankelijk: steeds de soms angstige vraag 'wat vindt het team ervan, wat mag ik wel, wat mag ik niet, zou het wel goed zijn?' Ervaren sociotherapeuten lossen dat wel op, ze hebben het immers al vaker meegemaakt, maar ze lopen het risico solisten te worden of steunpilaren waar de anderen al te sterk op rusten, waardoor ze hun eigen ontwikkeling en die van de anderen remmen.

2 – Door hun plaats in de leefgroep dicht bij de patiënten komen de sociotherapeuten soms in een *bufferpositie* tussen de patiënten en de niet-sociotherapeutische behandelaars. Stafleden zullen hen dan op de huid zitten met waarschuwingen in de trant van: je identificeert je te veel met de patiënten; patiënten trekken aan de sociotherapeuten met de boodschap 'jullie zijn al net zo als de anderen'. Gevolg: stevige loyaliteitsconflicten en spanningen. Zeker oplosbaar, maar het vraagt een goede communicatie van de staf als geheel op basis van wederzijds respect. Regelmatige reflectie, regelmatig elkaar bevragen en naar elkaar luisteren zijn de ingrediënten van die goede communicatie.

3 – Aansluitend aan wat ik onder 2 als probleemgebied aangaf, signaleer ik *het gevaar van het uit elkaar groeien van de disciplines*. Te grote nadruk op de eigenheid van de disciplines of nog erger, het opzetten van eigen winkeltjes (psychotherapie, gezinstherapie of wat voor therapie dan ook) is altijd een bedreiging voor met name het sociotherapeutisch werken met de leefgroep. Immers een belangrijke functie van de leefgroep is het integreren van alle therapieën in het dagelijks samenleven. Dat vraagt om afstemming, dat vraagt om openheid van alle therapeuten en vooral om begrip voor en kennis van de actuele mogelijkheden van de leefgroep. En daar is niet alleen overleg tussen sociotherapeuten en andere therapeuten voor nodig, maar sociotherapeuten moeten ook mee kunnen praten over de therapieën buiten de leefgroep, ze moeten er zelfs invloed op kunnen uitoefenen. Het mag natuurlijk niet voorkomen dat belangrijke leefgroepsactiviteiten doorkruist worden, omdat patiënt A nu net gezinstherapie moet hebben, patiënt B juist

op dat moment individuele psychotherapie krijgt en patiënt C echt met de maatschappelijk werker op stap moet. Sociotherapeuten die dat maar vreemd vinden, stuiten nogal eens op onbegrip. Wat is die leefgroep tenslotte helemaal . . .

4 – Een vierde probleemgebied (en daar laat ik het maar bij) is de *verstikkende inrichtingsbureaucratie*. Het zal wel niet overal even erg zijn, maar vooral in de grote inrichtingen is die rampzalig voor de leefgroep en daarmee een bron van voortdurende frustraties van (weer) vooral de sociotherapeuten. Frisse ideeën, leuke plannetjes sterven een vroege dood in de reeks aanvraagformulieren, die nodig zijn om iets te krijgen, of tijdens de lange reis die die formulieren moeten maken. Veel leefgroepen zijn geklonken aan de inrichtings-routine, terwijl de leefgroep juist een zekere autonomie nodig heeft om te kunnen functioneren. De bureaucratische verzorgingswoede maakt dat de patiënten in de leefgroep een paar voor de hand liggende verzorgingstaken uit handen genomen wordt. Het eten is daar een sprekend voorbeeld van. Inkopen doen, voor elkaar koken, budgetteren, het is er niet bij. De zorg voor de maaltijd beperkt zich tot het op tafel zetten van het eten. Een voorbeeld uit velen!

Sociotherapeut en psychiater

Ik heb het tot nu toe voornamelijk over de leefgroep gehad, de *directe vorm van sociotherapie*, met een aantal verwijzingen naar de voorwaarden die nodig zijn om die directe vorm van sociotherapie te kunnen beoefenen. Niet vervulde voorwaarden heb ik daar niet opgesomd. Maar sociotherapie is meer dan de leefgroep, zelfs als de leefgroep hetzelfde is als de hele leefgemeenschap. Sociotherapie is methodische beïnvloeding van het leefklimaat van de groep patiënten en omvat dus alles wat er in de afdeling gebeurt. Ik heb de nadruk gelegd op de leefgroep, omdat die de basis vormt waarop al het werk in de afdeling rust en sociotherapie betekent tenslotte dat alles op die leefgroep afgestemd moet zijn.

Nog een enkel woord over de *zgn. indirecte vorm van sociotherapie* en met name de rol van de psychiater daarin. Ik ben er in geslaagd de psychiater geen enkele keer te noemen, maar dat betekent niet dat ik hem zou willen afschaffen, integendeel! In het uiterst ingewikkelde beïnvloedingspatroon rond de leefgroep heeft mijns inziens de psychiater – ik noem hem, in navolging van de gegroeide praktijk, de beleidspsychiater – een zeer belangrijke ordenende taak. Door zijn kennis van de problematiek van de patiënten en zijn kennis van het hele scala van therapieën (je mag dan wél eisen dat hij zich die kennis heeft eigen gemaakt) kan hij er voor zorgen dat de therapieën afgestemd zijn op elkaar en op de patiënten. Hij moet al die invloeden sturen, en waar het de leefgroep en de sociotherapeuten betreft hulp bieden bij de vertaling naar alledaagse zaken. Hij zal ook in de gaten moeten houden of de leefgroep met de sociotherapeuten niet verstrikt raakt in een pathologische manier van samenleven. Zo kan hij de sociotherapeuten (en niet alleen hen) helpen sociotherapeut te zijn.

