

De psychiater als milieukundig ingenieur

door P. J. Jongerius

In de voorgaande artikelen is het al in vele variaties gesteld: de omstandigheden waarin men patiënten behandelt hebben invloed op het resultaat van de behandeling, of anders gezegd: klinische behandeling is meer dan behandeling in een kliniek.

Als we genooddaakt zijn mensen uit hun relationele en sociale netwerk te halen en daarmee hun leefpatroon te verstoren schept dat tegelijkertijd de verplichting deze 'onthemden' een nieuw milieu aan te bieden. Dit lijkt vanzelfsprekend, maar blijkt dat in de praktijk niet te zijn. Ook lijkt het nauwelijks betoog te behoeven dat behandeling in een geïsoleerde, vervreemdende situatie, de gevoelens van ontworteling, van angst, zal versterken, maar de consequenties uit deze wetenschap worden niet echt getrokken. Deze noties toch zouden ons dienen te dwingen tot een zorgvuldig omgaan met de structurering van het milieu waarin de patiënt terecht komt. De leegte die ontstaat na het wegvallen van het eigen milieu van de patiënt móet ingevuld worden en wel zo dat het belang van de patiënt zo goed mogelijk gediend wordt. De eisen die we moeten stellen aan het behandelniveau vloeien dan logisch voort uit de behandeldoelen voor de betreffende patiënt of patiëntengroep. Dit logisch doordenken van de gevolgen die een bepaalde behandelbe-doeling heeft voor de structuur van het milieu is het grondkenmerk van de milieutherapie.* Hetgeen ons leidt tot de volgende definitie: Milieutherapie is het gebruik maken van alle aspecten van het opgenomen zijn (wonen, werken en vrije tijd) in het kader van het behandeldoel van de individuele patiënt.

Het ligt voor de hand om doorgaand in deze gedachtengang de milieutherapie te vergelijken met architectuur. Een architect immers is iemand die de milieubehoeften van zijn opdrachtgever zodanig

Schrijver is psychiater en als geneesheer-directeur verbonden aan het Psychotherapeutisch Centrum 'De Viersprong' te Halsteren. Dit artikel werd als inleiding gehouden voor de Sectie Klinische Psychiatrie van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie op 30 januari 1981.

* Voor de term milieutherapie, die in dit artikel wordt gebruikt mag ook gelezen worden: sociotherapie. De context van het betoog deed mij vooral kiezen voor de eerste term.

vertaalt en concretiseert, dat er een bouwwerk ontstaat dat diens existentiële behoefte ondersteunt, waarin hij zich thuisvoelt. Een ontwerper die zich bezig houdt met milieutherapie doet dat, net als architecten, ingenieurs, constructeurs, in de eerste plaats om de omgeving waarin de patiënt komt zo precies mogelijk op de patiënt af te stemmen en deze daarna telkens weer bij te sturen. Tegelijkertijd is de situatie echter ingewikkelder: de milieukundige is naast constructeur ook onderdeel van het gebeuren, terwijl de patiënt zich niet slechts in de constructie bevindt, maar deze zijnerzijds weer beïnvloedt.

De elementen waarmee de milieukundige zijn constructie samenstelt zijn:

- het levende milieu: de patiënten, de staf;
- het 'dode' milieu: de gebouwen met hun inrichting;
- de relaties tussen deze elementen: de organisatorische structuur en de leefregels.

Dit brengt ons tot een tweede definiëring:

Milieutherapie is de continue poging om de drie samenstellende elementen van het milieu – de staf, de gebouwen en de organisatiestructuur – zodanig te *richten* dat het vierde element (de patiënt) hiervan kan profiteren voor wat betreft het bereiken van een doel dat hij zichzelf heeft gesteld of dat een ander voor hem heeft gesteld.

Het zal duidelijk zijn dat het om praktische redenen onmogelijk is om de doelstellingen per patiënt van een milieu te voorzien, hoewel dit in sommige gevallen toch geboden zou kunnen zijn. (Ik denk daarbij aan zeer individueel gerichte behandelingen in het areaal van de psychotherapie van psychosen en aan regressiebehandelingen). In grote lijnen kunnen we echter wel een opstelling van de vereiste typen van milieus maken, die het grootste deel van de in een psychiatrisch instituut opgenomen patiënten dekt. De doelstellingen die men met of tezamen met de patiënten zou kunnen hebben, vallen uiteen in twee hoofdlijnen:

- (1) werken naar ontslag toe via (psycho)therapie en/of (re)validatie;
- (2) werken met een gegeven (naar wij hopen voorlopige) situatie waar binnen een zo groot mogelijke zelfwerkzaamheid en verantwoordelijkheid wordt nagestreefd of tenminste het zo goed mogelijk in stand houden van functies.

Anders gezegd:

- voornamelijk psychotherapeutisch werken (ontdekkend, confronterend),
- voornamelijk validerend – revaliderend werken (oefenend, sociabiliserend),
- voornamelijk trainend werken (orthagogisch), en
- voornamelijk verzorgend werken (functie-hygiënisch).

De consequenties wat betreft de attitude, de bouw, de inrichting en de organisatiestructuur van deze vier benaderingswijzen zijn zo verschillend dat het m.i. uiterst verwarrend is (en dus antitherapeutisch) deze door elkaar present te stellen. Schematisch weergege-

ven zou dit leiden tot een opstelling als weergegeven in bijgaand overzicht (zie figuur 1).

Hoewel het uiteraard mogelijk zou zijn om over dit schema verder uit te weiden wil ik het U slechts voorleggen als neerslag van een poging tot een meer gesystematiseerde benadering van de milieutherapie, om vervolgens over te gaan naar de kern van het onderwerp. *Wat is nu de taak en rol van de psychiater binnen dit gebeuren?*

Ik moet dan beginnen met de constatering, dat ik me nu in een gecompliceerd gebied ga wagen. De complicaties, waar het over gaat, zijn tweeërlei: ten eerste blijkt het steeds dubbelposities en dubbeltaken te betreffen en ten tweede doemt telkens weer de vraag op of de psychiater in zijn algemeenheid wel altijd de meest aangewezen figuur voor de vereiste rol is.

Ik wil dit wat nader uitwerken.

Allereerst in een beeld. Men zou de milieutherapie als een artilleriebatterij kunnen zien met als 'vuurmonden' de verschillende therapievormen, het leefklimaat, de commissies, etc. De psychiater bevindt zich dan m.i. op twee plaatsen. Hij is vanzelfsprekend en van ouds een van de schutters (gespreksthherapie, medicatie) maar zijn belangrijkste rol is toch het aangeven van de coördinaten op geleide waarvan de stukken gericht worden, het verzamelen van de terugkoppelingsgegevens over het effect en het aan de hand daarvan bijstellen van de coördinaten. Als ik hiermee de indruk heb gewekt dat ik de psychiater dus een solistische dictator-functie toedien boven een aantal uitvoerders, dan moet ik dit ten spoedigste rectificeren. De verwerking van deze coördinaten is slechts een schakel in een keten, (de benaming 'coördinator' lijkt in dit verband erg op zijn plaats) echter wel een schakel die een bepaalde deskundigheid vereist. Hier immers komen de lijnen even samen, moeten ze geëvalueerd worden (deskundig beoordeeld) en omgezet worden in relevante, hanteerbare instructies. Dit betekent dat de gene die op deze post zit over een aantal mogelijkheden dient te beschikken die deels variabele deels invariabele gegevens zijn.

De *invariabele* gegevens, waarover de milieudeskundige moet beschikken, hebben gedeeltelijk te maken met zijn persoonlijkheid, gedeeltelijk met zijn opleiding. Het bezetten van een schakelpunt in de milieutherapie ligt niet iedereen. Men moet daarvoor

- zich kunnen vereenzelvigen met een visie, met een bepaalde attitude;
- grote lijnen kunnen vasthouden in wisselende omstandigheden;
- verschillende sporen kunnen coördineren;
- zowel receptief als productief kunnen zijn;
- de egofunctie in de staf kunnen en willen vervullen (tegen stafregressie en -hospitalisatie);

en vooral

- plezier hebben in deze vorm van functioneren.

Daarnaast moet de opleiding van een dergelijke functionaris zodanig gestructureerd zijn geweest, dat hij in het veld, in de praktijk,

Figuur 1

	BEHANDELING		VERBLIJF	
	<i>Psychotherapie</i>	<i>(re)Validatie</i>	<i>Trainend</i>	<i>Verzorgend</i>
<i>doel</i>	- afwachtend begeleid door staf - via directe confrontatie en ontmoeting leren; reflexie, corrigerende emotionele ervaringen zijn belangrijk; herhaling van gezinspatronen	- actief begeleid door staf - via realiteitsconfrontatie en hantering meer en andere dingen leren doen met de gegevens die men heeft; verbetering van functies	- actief geleid door staf - via oefenen aanleren; het doel door de staf gesteld is; hoe kan ik zoveel mogelijk zelf doen	- actief verzorgd door staf - gestimuleerd worden om functies in stand te houden
<i>bouw- en inrichting</i>	- ontmoetingsgericht - open en doorzichtig - voortdurende keuze-mogelijkheid (binnen - buiten, werk - thuis, alleen - samen) - sobere werksfeer	- samenwerkingsgericht - normaal leefmilieu - ruimten met duidelijke doelen - leef sfeer - antihospitaliserend - kan wat geïsoleerd liggen	- oefeningsgericht - aangepast leefmilieu - ruimten met doordachte leersituaties - stimulerende en warme sfeer - anti-apathiserend - moet wat buitenaf liggen	- verzorgingsgericht - beschermend - ruimten die verzorging zo aangenaam mogelijk maken voor personeel en patiënten - plezierig aandoend en niet massaliserend werken - niet ontindividualiserend - moet makkelijk bereikbaar zijn voor bezoek, rustig gelegen

<i>structuur</i>	- wereld met eigen regels	- regels van de buitenwereld	- regels van de staf	- regels van de verpleging
	- commune	- gezin	- school	- ziekenhuis
	- horizontaal = democratisch	- horizontaal en verticaal	- verticaal	- verticaal
	- regels afgeleid van psychotherapie	- regels afgeleid van maatsch. normen	- regels afgeleid van leerdoelen	- regels afgeleid van medisch model
<i>staf</i>	- dienend, dienstverlenend	- dienstregelend	- dienstuitmakend	- toedienend
	- niet ingrijpend of agerend	- meehelpend	- steunend	- dienstdoend, verplegend
	- verhelderend	- structurerend	- onderwijzend	- deskundig
	- psychotherapeutische grondhouding	- psychagogische grondhouding	- orthagogische grondhouding	- hygiënische grondhouding
	- niet gelijk; wel gelijkwaardig	- niet gelijk, wel vol vertrouwen en verwachting	- niet gelijk, eisend	- niet gelijk, gevend
	- peers	- vader (vriend)	- vader (streng)	- moeder

Uit: P. J. Jongerius (1980) Milieu- of sociotherapie. In: *In goede handen* - Leergang voor de verpleegkunde, Psychiatrie, deel 3, hoofdstuk 2, Spruyt, van Mantgem & de Does, Leiden.

heeft ervaren wat er in de klinische setting omgaat en dat hij over voldoende technische en theoretische know-how beschikt, opgedaan in adequate cursussen en opleidingen. Ik ben in dit verband van mening dat de groepstherapeutische opleiding een must is en dat daarnaast gestreefd zou moeten worden naar het ontwikkelen van cursussen milieutherapie.

De *variabele* vereisten worden gedictieerd vanuit de specificiteit van de behandelingsdoelen. Het is uiteraard geboden dat de milieukundige, degene die de coördinaten uitzet, een gedegen kennis bezit, toegespitst op de categorie waar hij voor staat.

Als we dit concretiseren voor de eerder genoemde hoofdrichtingen, dan zou men kunnen veronderstellen dat de doelstellingen (re)validatie en training het dichtst liggen bij de doorsnee opleiding van de psychiater. Het meest karakteristieke kenmerk van een psychiater is nl. dat hij een breedte-specialist is die een klinische, een sociale en een psychotherapeutische scholing in zich verenigt. In het brede gebied van het validerende en trainend behandelingsmilieu, waar binnen het grootste deel van in een Psychiatrisch Ziekenhuis opgenomen patiënten vallen, komt deze verzameling van kundigheden het meest tot zijn recht en maakt deze hem tot een uitgesproken kandidaat voor een knooppuntfunctie.

Naarmate het behandelingsmilieu zich meer op een sub- c.q. super-specialistisch gebied bevindt wordt ook voor de coördinatie minder een beroep gedaan op de breedte-specialisering. Hier zouden dan ook naast de psychiater deelspecialisten de knooppuntfunctie kunnen vervullen. Ter adstructie: hoe meer we ons in het schema naar de linkerzijde begeven in de richting van het psychotherapeutisch gerichte milieu, des te meer wordt slechts één faculteit van de breedtespecialist aangesproken, nl. zijn psychotherapeutische scholing. In de bezetting van de knooppuntfunctie wordt hij dan ook uitwisselbaar met psychotherapeuten uit andere disciplines.

Hetzelfde geldt voor de beweging naar rechts, in de richting van het verzorgend milieu. Daar wordt het arts-zijn en opvoeder-zijn geleidelijk aan belangrijker dan het psychiater-zijn; hier zouden ook gespecialiseerden als gerontologen en orthopedagogen de knooppunten kunnen bezetten.

Als bij deze overwegingen nu de vraag naar de eindverantwoordelijkheid opdoemt zou ik die kort willen beantwoorden. Naar mijn idee is het in feite onmogelijk om de eindverantwoordelijkheid voor de behandeling bij een team te leggen. In elk team, hoe goed en gelijkwaardig dit ook samenwerkt, moeten de draden ergens gebundeld worden. Het lijkt mij logisch toe dat op de plek waar ze toch al gebundeld worden in verband met de coördinatie ook de eindverantwoordelijkheid ligt, aangezien daar het overzicht maximaal is.

Als we zo de staf hebben afgeschilderd als engineers, die de verblijfplaats van een patiënt zodanig structureren en in vorm houden dat deze daarvan optimaal profijt heeft, en als we deze ploeg engineers een milieukundig ingenieur als coördinator toedelen, dan zal dat velen mogelijk wat technologisch voorkomen. Niet warm ge-

noeg. Wat ik echter hoop is dat deze wijze van stellen voorkomt dat er óf een onduidelijke en dus verwarrende leegte ontstaat, waarin hier en daar brokken therapie als eenzame hemellichamen rondzwerven, óf dat er een ongerichte en dus evenzeer verwaarlozende ongenueanceerde warmte wordt losgelaten op de patiënt, waarbij men er alleen maar zeker van kan zijn dat de behoeften van de therapeuten bevredigd worden.

Als we het 'plaatje' van de verhouding tussen eindverantwoordelijkheid en medeverantwoordelijkheid willen completeren hoort daar de constatering bij dat de concreetheid (zwaarte) van de eindverantwoordelijkheid recht evenredig toeneemt met de mate van directiviteit van de behandeling. De coördinaten voor een oefenprogramma dienen precieser en bindender gedictieerd te worden dan de coördinaten voor een vooral confronterende omgeving. De mate van vrijheid van de teamleden in het creatief omgaan met de coördinaten is in het laatste geval groter dan in het eerste. In mijn schema ziet U dan ook een geleidelijke verschuiving van een horizontale naar een verticale stafopbouw. Dit betekent dat democratisch en horizontaal *op zich* geen relevante begrippen in de psychiatrie zijn, maar dat zij dit slechts worden in het kader van behandelingsbedoelingen. Ik kom daar nog op terug als ik iets zeg over de vervalsingen in de milieutherapie.

Maar voordat ik dat doe wil ik nog even recapituleren wat ik tot nu toe expliciet of impliciet heb gesteld:

- (1) Milieutherapie is het consequent op één bepaalde wijze structureren en hanteren van de totaliteit van het opgenomen zijn op grond van een op behandelingsbedoelingen gekozen attitude van de staf, bijgestuurd door een teamcoördinator, die de coördinaten voor de richting van het staffunctioneren verwerkt en toetst.
- (2) Kenmerkend voor het therapeutisch milieu is de innerlijke samenhang, het op elkaar afgestemd zijn van alle elementen.
- (3) Therapeutisch werken met het milieu is het compleet maken van elk soort behandeling, dus ook zijn plaats in de algemene ziekenhuizen. In het Psychiatrisch Ziekenhuis kunnen we 4 grondvormen van werken onderscheiden (zie het schema).
- (4) Voorwaarden voor een goede milieutherapie zijn:
 - er moet een duidelijke basisfilosofie zijn, een omschrijving van wat men eigenlijk met de patiënten wil bereiken in de betreffende unit, een expliciet beeld van doelstellingen en wijzen waarop men de verwerkelijking daarvan wil nastreven;
 - de staf van de afdeling moet zich geheel achter deze basisfilosofie kunnen of willen stellen;
 - de patiënten van een afdeling moeten zodanig zijn voorgeselekt dat zij allen van een voor die afdeling bepalende houding kunnen profiteren;
 - er moet een redelijk stabiele situatie zijn wat betreft stafsamenstelling.

Tenslotte nog iets over enkele verraderlijke valkuilen waarop de milieukundige verdacht moet zijn in de uitoefening van zijn functie.

Het zijn de valkuilen die ik in een vroegere publikatie (Jongerius, 1980) heb samengevat onder het hoofd 'vervalsingen'. Met vervalsingen bedoel ik dan vormgevingen aan een behandelingsklimaat die de uiterlijke kenmerken dragen van milieutherapie, maar die in wezen neerkomen op zelfbedrog of leeg vertoon. Enkele van de nogal vaak voorkomende vervalsingen zijn de volgende:

Vervalsingen naar buiten toe:

- Het toepassen van vormgevingselementen die 'in' zijn, zonder dat deze passen in een samenhangend beeld: dit meedoen of modern doen – dat per definitie weinig kans van slagen heeft – lijkt wel eens als functie te hebben om de halfhartige toepassers van milieutherapie in hun mening te bevestigen dat het toch niet gaat en dus ook niet hoeft. Via een schijntoepassing forceert men vrij-spraak.

- Democratie als doelstelling in plaats van als middel: er wordt dan krampachtig naar democratie op zichzelf gestreefd, zonder dat men zich realiseert dat deze democratie slechts een passend element is in bepaalde behandelingsconcepten, terwijl het in andere niet past; het zou bijvoorbeeld wel eens kunnen dat bij de doelstelling 'verzorging en training' een verlicht despotisme beter is.

- Het ontkennen of wegmoffelen van behandelingselementen die wel bij het programma horen, maar die niet zo populair zijn. Of zelfs maatregelen nemen 'voor de show', waar men zelf niet achter staat; bijv. een zaak die op grond van milieutherapeutische overwegingen door de behandelingsstaf (als verantwoordelijk voor de therapeutische structuur) moet worden beslist, uit angst voor verdenking van dictatuur pro forma (we zijn toch democratisch) aan de patiënten voorleggen. Er wordt dan toegewerkt naar de stafbeslissing, die van te voren al vaststond. Een dergelijk verkapt machts-misbruik wordt meestal door de patiënten wel aangevoeld. Omdat de gang van zaken onhelder is, is hun reactie hierop nogal eens vaag acting-out-gedrag.

Vervalsingen naar binnen toe:

- Het niet met elkaar in overeenstemming zijn van wat men zegt en doet.

- Oppervlakkige horizontale openheid die een diepliggende verticale geslotenheid overdekt.

- Het onder het mom van milieutherapie op de patiënten afschui-ven van verantwoordelijkheden, teneinde deze zelf als staf niet te hoeven dragen.

Het zal duidelijk zijn dat dergelijke 'vervalsingen' vanwege hun dubbelzinnigheid zelfs meer onheil kunnen stichten dan het *ontbreken* van milieutherapeutische principes. Het tegelijkertijd uitsturen van twee boodschappen met een tegenstrijdige inhoud doet bij veel patiënten oude traumata herleven (bijv. double bind-situaties in hun ouderlijk gezin), zodat vergroting van angst en onrust het gevolg ervan zijn. Vernieuwingen in het behandelingsmilieu moeten van ganser harte toegepast worden, door een milieudeskundige die er in gelooft en een staf die er loyaal en eensgezind achter wil gaan staan, indien dit niet zo is, is de oude toestand

meestal te verkiezen boven de nieuwe. Naar vernieuwingen moeten men dus rustig en met overleg toewerken. Deze moeten logischerwijze voortvloeien uit de basisfilosofie en ze moeten in teamzitting door allen die erbij betrokken zijn worden voorbereid. Daarnaast is werken van de staf aan het mede gemotiveerd maken van de patiënten een noodzakelijke tussenfase. Met dit laatste wordt dan niet bedoeld dat de verantwoordelijkheid voor het milieutherapeutisch constructiewerk aan de patiënten zou moeten worden gegeven en zelfs niet dat zij daarin een medebepalende stem zouden moeten hebben. Behandelingskeuze op deze manier aan patiënten voorleggen is even onrealistisch als de patiënt vragen welk antibioticum hij prefereert voor zijn longontsteking. De werkelijk gelijkwaardige benadering die de mondigheid van de patiënt echt recht doet, is niet het ontkennen van eigen deskundigheid en de patiënt voor een onmogelijke keuze plaatsen, maar veel meer het bereid zijn eerlijk te zijn over de achtergronden van het therapeutisch aanbod (advies) of zelfs over de onmogelijkheid of onwenselijkheid om die te verduidelijken. Van belang voor de patiënt is dat hij zoveel mogelijk betrokken wordt in de gedachtengangen die rondom hemzelf bestaan en dat hij recht heeft het aanbod te weigeren. Zoals ook de hulpverlener overigens het recht en de moed moet hebben om te weigeren therapeutische situaties aan te bieden waarvan hij niet het gevoel heeft dat die iets uithalen. Een en ander kan verduidelijkt worden aan de hand van het volgende voorbeeld: Een gespreksgroep stelt op een mooie zomerdag aan de groepstherapeut voor om de zitting maar buiten op het grasveld te houden. De therapeut weet uit ervaring dat groepszittingen in de open lucht niet bijster effectief zijn en hij weigert op grond hiervan mee te gaan als de groep zich naar buiten zou begeven. De groepstherapeut kiest, vrij dictatoriaal, voor de therapeutische structuur waar hij achter kan staan, hij laat die niet bepalen door de patiënten, maar hij belemmert ze ook niet om als ze dat willen hun eigen weg te kiezen: hij doet dan echter niet mee. Dit therapeutisch deskundig gedrag levert hem misschien het verwijt op van repressief-tolerant te zijn. Het is dan soms een zware opgave om niet, teneinde dit laatste te vermijden, het therapeutisch denken en handelen te laten varen.

In de soms onduidelijke en vaak wat bedreigende positie van de psychiater in de milieutherapie blijkt juist deze valkuil nogal eens dubbel gevaarlijk. Temeer, omdat de patiënt enerzijds, bewust of onbewust, *hoopt* dat de behandelaar in de val zal lopen en daarmee onschadelijk (= onwerkzaam) wordt gemaakt, maar tegelijkertijd *vreest* dat dit zal gebeuren omdat hij dan zijn behandelaar (zijn hoop op genezing) kwijt is.

En met deze overweging zou ik dan mijn bijdrage aan het denken over de structuur van de milieutherapie willen besluiten. Ik hoop hiermee iets te hebben toegevoegd aan de zo broodnodige verbetering van begrippen in dit gecompliceerde gebied.

Literatuur

- P. J. Jongerius (1980), Milieu- of sociotherapie. In: *In goede handen*, Psychiatrie 3, hfdst. 2, Spruyt van Mantgem & de Does, Leiden.