

over gegeven. Mogelijk ben ik wat fragmentarisch geweest of heb mijzelf herhaald. Dit was te wijten aan het feit, dat ik onvoorbereid moest spreken. De toekomst zal wel leren, wat hiervan bewaarheid zal worden. Zeker is echter, dat de maatschappij nu nog ernstig te kort schiet in de oprichting van het benodigde apparaat (pleegtehuizen, day-hospitals, beschuttende werkplaatsen, enz.).

Hoe ook de toekomst van de psychiatrische inrichting zal zijn, zeker is, dat de maatschappij zal moeten komen tot opzet en uitbreiding van de genoemde apparatuur.

POSTSCRIPTUM

Nadat ik enkele weken na de vergadering het bovenstaande had opgeschreven, kreeg ik kennis van een artikel in *The Lancet* van 27 januari 1962. De titel is: *British hospitals. A ten-year plan of reconstruction.*

Het artikel behandelt de officiële ziekenhuisplannen voor Engeland, Wales en Schotland van het Ministry of Health en het Department of Health for Scotland. Het is interessant daaruit een klein stukje over te nemen. Op blz. 103 lezen we:

„It is now generally accepted that short-stay patients should be treated in units nearer to their homes than is generally possible with large isolated mental hospitals and that it will usually be desirable to have these units attached to general hospitals. The plan therefore provides for a considerable increase in the number of short-stay units of this kind. They will range in size from 30 beds up to 60 or more. Patients who need longer treatment must have a more specialized regime and facilities; but units for them also must not be too large and should not be in isolated positions.

In this new pattern there will be no place for many of the existing mental hospitals. Some can probably continue if reduced in size and improved, but a large number will in course of time be abandoned.” (Cursivering van mij.)

LITERATUUR-IMPRESSIES OVER SOCIOTHERAPIE

door Dr. M. L. J. VAESSEN, arts voor psychotherapie, St. Willibrordusstichting te Heiloo (geneesheer-directeur J. P. de Smet)

Collega Westerhuis heeft bij de aanvaarding van het voorzitterschap van deze Vereniging onlangs de vragen gesteld: blijft er nog plaats over voor de afdelings-geneesheer en vindt deze nog steun in de psychiatrie? Moet hij op de hoogte zijn van alle specialismen: van neurofysiologie, E.E.G. en biochemie, evenzeer als van psychologie, group-dynamics en maatschappelijke revalidatie?

Als wij de positie van de afdelings-geneesheer vergelijken met die van de huisarts (13), dan zou men dit soort posities inderdaad centraal kunnen stellen; de super-specialisten van diverse pluimage moeten de algemene clinicus evenals de huisarts hun inzichten en adviezen geven, maar de clinicus moet ze kunnen afwegen en bij een bepaald alternatief een keuze maken.

In dit kader zal ik vandaag graag een bijdrage willen geven vanuit de kringen die zich specialiseren op het aspect van de sociotherapie. In tegenstelling tot de individuele en groeps-therapie speelt de sociotherapie zich specifiek af op het terrein van een psychiatrische inrichting of kliniek.

In de moderne vorm kan men haar geschiedenis laten beginnen met het werk van Simon rond 1925. Simon zag immers ook duidelijk het collectieve aangrijppingspunt: „Als X, Y en Z deze week de ruiten hebben gebroken, is het paviljoen ziek en heeft het meer zin om het globale beeld van deze collectieve ziekte te bestuderen dan de afzonderlijke toestanden van X, Y en Z”.

Na de tweede wereldoorlog heeft de Franse school onder leiding van Sivadon en Daumézou geheel nieuwe elementen gebracht in de zgn. *psychothérapie institutionnelle* (3). Sivadon is daarbij vooral de man van de praktische organisatie van de groepsactiviteiten, Daumézou is meer de man van de ver-strek-kende ideeën: reeds in 1946 publiceerde Daumézou zijn studie over de *enracinement*, de inworteling van de patiënten in de inrichting, en hoe zij binnen het kader van het oude gesticht ook genezing vonden.

Hierna volgt (1947) *le vertige de la sortie*, d.w.z. de aankondiging van het ontslag of het ontslag zelf veroorzaken een duizeling, in de vorm van een rechute van het ziektebeeld. In 1948 en 1952 publiceert Daumézou 2 uitgebreide studies over de *psychothérapie collective* (4, 5 en 11) waarvan ik enkel een drietal stellingen memoreer:

1. de tijd aan een intensieve individuele psychotherapie besteed wordt onttrokken aan de groep en aan het geheel van de patiënten;
2. wij moeten in de inrichting velerlei structuren, velerlei organen scheppen, waarin de patiënt zijn pathologische conflicten kan huisvesten, kan investeren; dit is het startpunt voor elke sociotherapie;
3. daarna moeten wij de psychoselijder de conflicten helpen oplossen, niet door te duiden, maar door een therapeutisch spel te spelen aan de hand van de adequate structuren in de vorm van een bepaalde groep, bepaald werk, bepaalde functie, bepaalde rol, e.d.

De methode lijkt op de *réalisation symbolique* van Séchéhaye, maar dan in groeps- en socio-vorm.

Na de Franse literatuur volgt de Amerikaanse. Naast impulsen vanuit psychoanalytische en groepstherapeutische scholen is het vooral de samenwerking met de sociologen geweest die een frisse wind door de oude inrichtingen heeft laten waaien. Wij moeten er hier in Nederland nog wat aan wennen; nog nau-

welijks zijn de artsen vertrouwd geraakt met de aanwezigheid van de psychologen. Bovendien zien wij ook in de docentenkringen van de verpleging, arbeidstherapie en creatieve therapie eigen para-medische ideeën en praktijken opgroeien, waarvan menigeen zich wel eens afvraagt hoe dit alles nog te coördineren is. Moet daar ook nog een socioloog bijkomen? Of kan deze ons juist helpen om het geheel opnieuw te overzien? Maar let wel: hij verschaft niet alleen sociologische beschouwingen en enquête getallen, maar hij is tevens de vinger op de pols van de inrichting, een soort geweten van de therapeutische gemeenschap, ook voor de leiding.

Typerend zijn de opdrachten en motto's van enkele nieuwe Angelsaksische boeken over sociotherapie. Ze getuigen m.i. van een verheugende bescheidenheid en een gezonde zelfkritiek van de psychiaters die het niet meer alleen voor het zeggen hebben.. of liever: die duidelijk zijn gaan zien, dat zij zich in het verleden wat wijs gemaakt hebben, toen zij dachten dat zij in de psychiatrische inrichtingen de koers bepaalden.

In ieder geval draagt Maxwell Jones zijn eerste boek op aan „the nursing staff, who have formed a frame-work around which our therapeutic communities have been built”.

Wij worden lelijk in ons hemd gezet als de socioloog Caudill (2) de dichtregels van Eliot op ons toepast; want, na al onze explorations: zegt hij: „We will be to arrive where we started and know the place for the first time”, maar.. „We shall not cease from exploration”.

De nieuwe geluiden zijn in ons land niet onopgemerkt gebleven, maar ik meen dat er toch weinig systematisch gebruik van is gemaakt. Ruemke schreef, naar aanleiding van zijn Amerikaanse reis in 1952 een enthousiaste klinische les over „*de betrekkelijkheid van de psychiatrische diagnose*” (10).

Het gaat over de voorrang die wij als artsen weer moeten geven aan de therapie boven de diagnose. Men leest daar zinnen in als: er komen steeds meer gegevens die er op wijzen dat de trias diagnose — prognose — behandeling niet meer een onwrikbare structuur vormt; men staart zich blind op een wetenschappelijke diagnose, het vermoeden is opgekomen dat zelfs een ideale diagnostiek een doeltreffende behandeling in de weg kan staan. Een psychiatrie op de grondslag van de tussenmenselijke relaties, zoals Whitacker en zijn medewerkers voorstaan, ontkent met beslistheid dat er grenzen zouden bestaan voor de psychogenese en de psychotherapie. Lukt de behandeling niet dan ligt dat aan ons, aan onze angst en vooral in een tekort aan onze liefde.

In ons land is het verder vooral Meijering geweest die op de Angelsaksische initiatieven voortwerkend in het militair neu-

rose hospitaal in Austerlitz een systematische studie en praktijk heeft uitgewerkt van *community psychotherapy* (6), later gevolgd door zijn studie over de sociosen in de psychiatrische inrichtingen (8). In een ander artikel heeft hij samen met Zr. v. d. Wielen (7) dezelfde gedachte toegepast op het terrein van de verpleegster, met name welke therapeutische en realiteitsrollen zij in een therapeutische gemeenschap moet spelen.

Het heeft mij persoonlijk, als docent van een staf-cursus voor B-verplegenden ook verrast, hoeveel begrip men voor deze schijnbaar zo moeilijke onderwerpen bij onze verplegenden vindt: zo vroeg ik in een werkstuk aan de 24 cursisten een begripsomschrijving te geven van gevoelsoverdracht in de verpleging, en daarbij zo mogelijk ook een voorbeeld te geven van de eigen afdeling. Het frappeerde mij bijzonder dat ik meer dan 20 goede praktijk-voorbeelden kreeg die blijk gaven dat zij deze gevoelsrelaties hadden kunnen herkennen en benutten (12).

Het is niet mijn bedoeling in deze korte voordracht een min of meer volledig resumé te geven van de literatuur. Wel zou ik U nog enkele meer gedetailleerde impressies willen geven uit 2 recent verschenen boeken, die mij zelf veel geholpen hebben om het begrip sociotherapie uit de mist te halen. Het gaat niet alleen om min of meer democratische clubs of zaalvergaderingen van patiënten; het gaat er vooral om, de draagwijdte te bepalen van sociologische fenomenen als het klassiek geworden Stanton-Schwartz-effect, de oscillatie-golven, de kliekvorming en de stafinteracties van artsen en verpleegsters. Het eerste boek wat ik bedoel is dat van de socioloog Robert Rapoport getiteld: *Community as Doctor* (9). Het verscheen in 1960. Het is een uitgebreid verslag van een sociaal-psychologisch onderzoek door Rapoport en 9 medewerkers die als een research-staf naast de klinische staf van 1953 tot 1957 dit onderzoek deden in de neurosekliek van Maxwell Jones nabij Londen. Het boek begint met een hoofdstuk waarin aangetoond wordt dat er een duidelijk onderscheid gemaakt moet worden tussen therapeutische - en revalidatie - doeleinden. Voor een deel lopen deze parallel, maar in een bepaalde fase van de behandeling kunnen ze met elkaar in conflict geraken.

Het is daarom van belang dat de staf zich realiseert welke kwaliteit in dit opzicht aan de verschillende groepsactiviteiten moet worden toegekend. Bovendien bleek uit het follow-up onderzoek dat revalidatie in het kader van deze therapeutische gemeenschap geenszins als een generale repetitie beschouwd mag worden van de revalidatie en re-adaptatie in de grote weinig idealistische maatschappij.

Hierna volgen een aantal hoofdstukken die een beschrijving geven van: De patiënten: 80 procent zijn personality disorders,

die verder onderverdeeld worden naar de mate van hun iktsterkte en de vorm van hun gedrags-afweervorm (agressie, rationaliseren, conformiteit, ziek worden of zich terugtrekken). Verder: De ideologie van deze kliniek of haar sociotherapeutisch grondplan; de leidinggevende thema's van de staf bleken gegroepeerd te kunnen worden in 4 categorieën n.l. democratisering, tolerantie, gemeenschappelijkheid en realiteitsconfrontatie. Na een overzicht gegeven te hebben van de verschillende groepsactiviteiten in de loop van de dag, wordt uitvoerig aandacht besteed aan de rol-verdeling en taak-omschrijving van de doktoren, verpleegsters, arbeidstherapeuten en sociaal-therapeuten. Het meest kenmerkend voor het boek is het 6e hoofdstuk waarin n.l. enkele typerende sociale processen worden beschreven: met name de oscillatie, de zogenaamde constructieve en destructieve patiënten, de kliekvorming en de paar-vorming. Het meest algemene collectieve fenomeen is de *oscillation* of het schommelingsproces. Ter illustratie refereer ik het gedeelte hierover. Elders ook wel beschreven als *collectieve upset* of *collective disturbances*, dus het collectieve in opstand komen en van streek raken van de gemeenschap. Meijering noemt het sociosen, ziekten van de gemeenschap.

Als in een georganiseerde gemeenschap alles volgens de algemene opzet verloopt en ieder beantwoordt aan de verwachtingen die de ander van hem heeft, is er een zeker evenwicht, een vast gericht zijn op de bedoeling van deze gemeenschap. Een ander uiterste zou zijn: een totale desorganisatie, waarbij een gemeenschap uit elkaar valt. Elke actuele sociale toestand nu ligt ergens tussen deze uitersten. Dit geldt voor elke gemeenschap, zelfs een kleine gemeenschap als een gezin, maar ook b.v. een school, een kostschool of een fabriek. In een gemeenschap waar met grote tolerantie gewerkt wordt met sociaal zeer labiele mensen, komen extra grote fluctuaties voor. Voor de psychiatrische inrichting is de sociose als het ware een gewone beroepsziekte, zoals voor de bakker het bakkers-eczeem. Het emotionele klimaat toont van tijd tot tijd sterke schommelingen. De systematische observatie door de sociologen bracht veel van dergelijke fenomenen aan het licht.

Men merkte hoe in de gemeenschappelijke ochtend-bijeenkomst een geval van absentie in de arbeidstherapie een algemene stemming van verontwaardiging kon oproepen, terwijl in een andere fase van het schommelingsproces een moord of een incest veel realistischer verwerkt werd. Maar ook merkte men, hoe soms de ideologie van de kliniek door de staf getrouwd werd toegepast, op andere tijden echter niet. De oscillatie wordt beschreven als een golfproces met 4 fasen. We gaan uit van *fase A* het min of meer optimale evenwicht in de verhoudin-

gen, dat zowel de animo van de staf als de genezing en de revalidatie van de patiënt ten goede komt.

Daarop volgt echter een *fase B*, een fase van toenemende spanningen. Er zijn een aantal zgn. constructieve patiënten ontslagen en er komen een aantal nog niet aangepaste nieuwe voor in de plaats. De middenmoot wordt ook onrustiger, vindt dat de staf te inactief is geweest, vreest minder aandacht te krijgen dan de nieuw opgenomenen. De onrust op één afdeling vertakt zich door het vastgebreide patroon van de kliniek heel snel b.v. via de verschillende groepen van de werkplaats. Er komt een sfeer van wantrouwen, angst en zelfverdediging. Het uit zich ook in meer absentisme in de verschillende groepen. De staf wordt onrustig, omdat het moeilijk loopt, men durft minder tolerant te zijn en gaat twijfelen aan het systeem. Een van de eerste symptomen van deze beroepsziekte is, dat de gewone formele communicaties tussen de stafleden gaan verminderen, en ook gaan de informaties tussen de verschillende hiërarchische niveaus lacunes vertonen. Men heeft dit zelfs in duidelijke cijfers kunnen vastleggen. Opmerkelijk is ook dat zo'n emotionele golf zich sneller uitbreidt dan de preciese kennis over wat er aan de hand is. Het is alsof een voorwerp in een badkuip is gevallen zegt Caudill.

De oudere patiënten accepteren de nieuwere niet. Ze worden cynisch over de gang van zaken in de kliniek. Sommigen verwachten een krachtiger optreden van de staf, voelen zich hierin teleurgesteld en worden bovendien gemakkelijk als verraders beschouwd, het doelwit van meer agressieve figuren. Er komt een algemene anti-stemming. Maatschappelijke aanpassing wordt in deze fase gedevalueerd, men stelt persoonlijke genezing boven aanpassing aan welke maatschappij dan ook. *Fase C*, dit is het hoogtepunt en tevens het keerpunt. De spanning komt op een hoogtepunt zodat desintegratie dreigt. Er komen o.a. klachten van buiten de kliniek over misdragingen van patiënten. In de kliniek ziet men in een toenemende mate onrust, absentisme, suicide-pogingen, psychotisch worden, zodat allen in alarmtoestand geraken. Het indicatie-gebied voor wie behandelbaar is in deze kliniek wordt als het ware in deze fase sterk vernauwd.

De oude autoriteitsneigingen van de artsen krijgen weer de bovenhand op de stijl van democratisering, tolerantie en gemeenschappelijk overleg bij beslissingen. In sommige gevallen lukt het echter ook zonder al te autoritair ingrijpen, o.a. via handig interpreteren van de therapeuten en laten ingrijpen van een groep constructieve patiënten, die tegen de stroom op durven te roeien. In deze fase komt door de storing van de sociale organisatie het revalidatie-doel geheel op de achtergrond. Men neigt

er toe het individuele behandelingsdoel te accentueren o.a. door speciale individuele therapieën, door snel te ontslaan en door snel naar andere inrichtingen over te plaatsen.

Fase D: De reorganisatie-fase.

Sommige patiënten gaan inzien dat het zo niet langer kan. Zij voelen zich schuldig vanwege het niet meer participeren aan het gemeenschappelijk werk en willen de schade herstellen. Ook de staf voelt zich schuldig omdat ze de ideologie van de kliniek teveel heeft losgelaten. Zij vinden steun bij de constructieve patiënten, om het oude soepele regiem weer te herstellen en zo komen we dus terug in het evenwicht van fase A.

In de research-periode van Rapoport c.s. vindt men ook empirische cijfers die deze theorie van de oscillatie enigszins kunnen bevestigen. O.a. bleek in de periode van dreigende desorganisatie een groot aantal praematuur ontslagenen voor te komen. In een ontslagcurve over twee jaar blijken pieken in het aantal ontslagenen ook samen te hangen met de wisseling van de behandelende doktoren; dit is trouwens maar één van de factoren die een algemene oscillatie kunnen veroorzaken. Er zijn ook seizoenfactoren die het ontslag bepalen; o.a. is daarbij van belang de periode waarin men gemakkelijk werk kan krijgen en tevens... de vakantieperioden van de doktoren. Ook de samenstelling van de patiënten-groep speelt een rol. Er moet een uitgebalanceerd aquarium zijn, niet te veel hypomanen of homoseksuelen of alcoholici of agressieven, anders worden de anderen ook eerder upset. Vaak voelt de staf dit intuïtief aan en handelt dienovereenkomstig bij opname en ontslag zonder zich dit helemaal bewust te zijn.

Het laatste hoofdstuk geeft een samenvatting en gevolgtrekkingen. Als conclusie van dit research-onderzoek voor een therapeutische gemeenschap zijn door Rapoport c.s. en ook samen met Morris Schwartz een reeks van algemene richtlijnen opgesteld voor het vormen van nieuwe therapeutische milieu's.

Ik zou deze voordracht willen besluiten met een referaat over een pas verschenen boek van Kenneth Artiss getiteld *Milieu therapy in schizophrenia* (1); uit het Walter Reed Hospital in Washington.

Hij toont aan, dat sociotherapie niet alleen voor neurotici of psychopathische patiënten, maar ook voor jonge schizofrenen een belangrijke aangrijpings-mogelijkheid biedt.

Het verslag loopt over een periode van 3½ jaar waarin dr. Artiss, zr. Rodeman en andere medewerkers, als zaal-team, een kleine zaal van 10 schizofreen geworden militairen psychotherapeutisch behandelden. 64 procent van de gevallen kon na een half jaar milieu-therapie weer hersteld in militaire dienst terugkeren. Artiss had gedurende twee jaar zelf de leiding van deze

experimentele zaal. Na hem kwamen er achtereenvolgens vier jonge psychiaters op zijn plaats. Zij hadden vier maanden nodig om zo'n zaal te kunnen runnen. De belangrijkste medewerkster was zr. Rodeman, die grote ervaring had en ook docente was geweest. Zij had de leiding over de groep hulpverplegers (dienstplichtigen) die een zeer uiteenlopende opleiding hadden; aanvankelijk vonden deze soldaten het wel moeilijk om opdrachten te krijgen van een vrouw, later gaf dit geen moeilijkheden meer. De zuster gaf een heel belangrijke therapeutische bijdrage doordat zij door haar buitengewoon communicatie-talent zoveel kon begrijpen en verduidelijken wat er in de groep gaande was. Zij had de moed om de vraag te stellen die de ander vermeed te stellen. Zij onthulde verborgen kwesties als ze besproken konden worden, en ze zocht altijd ijverig naar een realistische oplossing voor datgene wat de patiënten zochten of misten. Wat de groep van verplegers of hulpverplegers betreft, dr. Artiss ziet zijn hypothese bevestigd: er zit een goudmijn aan therapeutische mogelijkheden in de verplegers, als de psychiaters deze maar ontginnen!

In deze onderzoeksperiode werkten er in totaal 33 verplegers (van 20 tot 35 jaar). Veel selectie was er niet, alleen hoefden ze niet op de zaal te komen of te blijven als ze er zelf afwijzend tegenover stonden. 7 van de 33 konden zich niet aanpassen aan deze sfeer (1 raakte overspannen, 3 vroegen zelf overplaatsing wegens toenemende angst, 3 werden op verzoek van dokter of zuster overgeplaatst wegens frequente relatie-moeilijkheden met de patiënten).

Het begin was bijzonder moeilijk. De zuster zowel als de verplegers moesten dagelijks rapporten maken van hun interacties met elke patiënt. De dokter kreeg deze rapporten elke morgen en las ze voor op de dagelijkse team-besprekingen als uitgangspunt voor de discussie. Hij zou hierdoor een beeld krijgen van de beruchte „overige 23 uur” van de dag dat de dokter de patiënt niet ziet. Dat verwachtte hij tenminste.. Het viel echter tegen, hij voelde zich zó gefrustreerd in deze verwachting, dat hij er in de eerste 5 maanden al bijna twee keer mee was opgehouden, was het niet dat hij daardoor ook de zuster alle moed zou hebben ontnomen. Het getij keerde ten goede, toen hij na 5 maanden op een dag door de lege zaal liep en de zuster hem vroeg haar te zeggen wat hem dwars zat. Het was alsof zij het geraden had. Zij bracht naar voren, hoe de teleurstellende gang van zaken moest samenhangen met de voorafgaande training van de verplegers, waarvan zij zich zo maar niet konden losmaken.

Zij schrokken natuurlijk als ieder mens terug van het zwart op wit vastleggen van hun ervaring en verzwegen dan ook

juist datgene waar het op aan kwam. Zij waren weliswaar geïnteresseerd, goedwillend en ijverig, maar eigenlijk zeiden ze toch niets. Zij bleven steken in de onvruchtbare conventionele beleefde houding van de verpleger tegenover de dokter, „zittend aan de voeten van de meester, wachtend op de parels van wijsheid die van zijn lippen komen”. U moet U goed realiseren, zei de zuster, dat zij nooit echt met een dokter gesproken hebben. Na dit gesprek begon er pas contact te komen in de team-besprekingen. Zij leerden praten met de dokter als met een gewoon mens; tegelijkertijd met deze communicatie kwamen ook mededelingen die nu echt betrekking hadden op communicaties met de patiënten. Nu begreep ik pas, zegt Artiss, waarom die goudmijn van psychotherapie door de verplegers tot nu toe niet ontgonnen kon worden.

Nu de barricade weg was opende zich een nieuwe wereld een nieuw communicatie-systeem. Er kwam een bron van informatie los tussen verplegers, dokter en zuster, voornamelijk problemen met de patiënten die de verplegers voorheen als regel voor zichzelf hielden. Het werd zelfs een vloedgolf die eerst niet te overzien was, omdat wij er niet op voorbereid waren. Achteraf gezien kunnen wij ze overzichtelijk maken in een viertal punten:

1. er blijkt een wederzijds wantrouwen te bestaan tussen verplegers en patiënten. Wij moeten leren dit wantrouwen te herkennen en te behandelen, niet wederzijds als „jouw probleem” maar gemeenschappelijk als „ons probleem”. Het is een gegeven factor die in de relatie tussen ons bestaat;
2. men moet niet te vlugge maar ook niet te geringe verwachtingen hebben van een patiënt. Het duurt ook enige maanden eer men aan een nieuwe vriend of aan een nieuwe baas gewend is. Dit klemmt temeer als wij met Sullivan de schizofrenielijder beschouwen als een persoon die alle hoop heeft opgegeven dat iemand nog echt om hem geeft;
3. om de gespannen sfeer tussen dokter en verplegers te doorbreken had Artiss 12 uur per week nodig voor onderlinge stafdiscussies. Zij zijn noodzakelijk om het communicatie-systeem vrij te houden van allerlei verwrongenheden, zoals:
4. de opgekropte kleine ergernissen; twistende partijen zijn alleen in staat om elkaar terug te vinden, als men zonder quasi-wetenschappelijke vermomming (van het type: „wat ben jij vandaag paranoid”) in directe duidelijke taal tegen elkaar leert praten, zodat hetgene wat irriterend werkt kan worden uitgezocht. In een hoofdstuk over het patiënten-comité zegt Artiss: de wereld waarin de patiënt in een gesloten afdeling leeft is een heel speciale, die zelden in zijn eigen aard gekend wordt door de staf en de verplegenden, die het te druk hebben met hun eigen werk.

De feodale landheer-onderhorigen-verhoudingen zijn uit de tijd, maar in de psychiatrische inrichtingen kan men ze nog in originele vorm tegenkomen.

De socioloog Goffmann kenschetste de situatie als „twee sociaal en cultureel verschillende werelden die langs elkaar heen leven, elkaar wel aanstoten met officiële contactpunten, maar die wederzijds weinig in elkaar doordringen”.

Het boek is bijzonder levendig doordat de theoretische gedeelten telkens worden afgewisseld door letterlijke groepsverslagen en 2 ziektegeschiedenissen. Het wordt afgesloten door een uitgebreide literatuurlijst over sociotherapie.

Ik zou willen besluiten met het sprekend voorbeeld van een door Artiss bijeen-geroepen spoed-groepszitting:

Als 2 patiënten met elkaar twisten of vechten, zullen de verplegers ze gewoonlijk uit elkaar halen en ze dan gesepareerd van elkaar laten „afkoelen”. Op deze afdeling is echter de afspraak gemaakt: haal ze uit elkaar maar enkel zover dat ze elkaar niet kunnen slaan. Moedig ze vervolgens aan om verder te gaan met redetwisten om te ontdekken wat hun dwars zit. Geeft het meteen aan de dokter door die zo nodig een spoedzitting bijeenroept, die voorrang heeft op alle andere activiteiten. De dokter opent dan zo'n zitting met iets te zeggen als: „Er is (hier iets gaande, wij zouden het graag in woorden willen omzetten”, en hij vraagt aan een van de strijdenden, „Wat heb je gezien” enz... Heet van de naald komt de kwestie dan in het spel en de hele groep is er meestal sterk emotioneel bij betrokken.

Er deed zich een geval voor waarin twee moeilijke patiënten en de dokter zelf als het ware de hoofdrollen speelden.

De ene patiënt John Henry was een stevige paratrooper, met sterke autoriteitsconflicten en een genezend angst-psychotisch beeld. In de individuele psychotherapie was ik bezig de relatie met zijn vader te exploreren. In de arbeidstherapie was hij begonnen met het werk van dierenverzorger op het research-laboratorium. Zijn vader was meer oplichter dan koopman. Als hij weer eens vast zat, was zijn zoon goed genoeg om de kastanjes uit het vuur te halen. John vond echter ook een zekere voldoening in deze omgekeerde afhankelijkheidsverhouding met zijn vader.

Met de andere patiënt, de Italiaanse jongen Giuseppe, kon niemand goed contact krijgen; hij praatte alleen over camera's en stuurde alle plannen in de war. John werd voorzitter van het patiënten-comité; Giuseppe werd toen ook voor hem een probleem. Op de bewuste ochtend was John op mijn kamer gekomen en hij had terloops geïnformeerd of ik vertrouwen had in zijn geschiktheid als dierenverzorger. Ik dacht er goed aan te doen hem hierin gerust te stellen.

In het sportuur dat hierop volgde speelde John basketbal met een ongewone felheid en hij maakte zich kwaad op Giuseppe. Toen de groep naar de afdeling terugkwam zei Giuseppe iets tegen John, die hem daarop plotseling beetpakte en hem aan zijn enkels vasthoudend over een ballustrade hield met zijn hoofd naar beneden tien meter boven de grond. De begeleidende verplegers waren volkomen verrast en bleven gelukkig stokstijf staan.

Het waren seconden die uren duurden. Toen schudde John zijn hoofd en trok Giuseppe over de ballustrade terug.

In de spoedzitting die volgde was de stemming contra het slachtoffer; één zei zelfs dat John hem beter had kunnen laten vallen. Giuseppe gaf toe dat hij geschrokken was, maar toonde verder alleen zijn afweer in de vorm

van een kinderlijk giechelend gedragspatroon. John kon alleen zeggen: „Inwendig hield ik iets staande, maar hij brak het af”.

Ik drong er op aan te vertellen wat dit was. Toen kwam tenslotte het verhaal: John kreeg steeds meer angst op het laboratorium, hij moest vechten tegen zijn fantasie alle dieren te zullen loslaten. Hij had daar vanmorgen met mij over willen praten maar ik had hem niet begrepen. Hij wilde dit werk n.l. volhouden, omdat hij mij niet als eerste patiënt wilde afvallen en zo mijn reputatie in gevaar brengen.

„O”, zei ik, „je wilt dus medailles winnen voor mij”.

„Natuurlijk”, zei John verwonderd dat ik dat niet zou weten.

„Dan heb ik je in dezelfde positie geplaatst als je vader deed.”

„O”, zei John, met een zucht van verlichting, waar ik graag mee instemde. De spanning was weg, het probleem opgelost en de therapeut ging verder met zijn werk, terwijl hij zich afvroeg: „Zal ik het ooit leren?”

LITERATUUR

1. Artiss, K. L. *Milieu therapy in schizophrenia*, Grune en Stratton, 1962, New York-Londen.
2. Caudill, W. *The psychiatric hospital as a small society*, Cambridge Mass, Harvard Univ. Press. 1958
3. Carp, E. A. D. E. Remarques sur la sociothérapie française *Acta psychotherapeutica*, Vol. 1, Fasc. 3 (1954), 281—286.
4. Daumézon, G. Les fondements d'une psychothérapie collective, *L'évolution psychiatrique*, 1948, 57—75.
5. Daumézon, G. Action individuelle de la psychothérapie collective, *L'évolution psychiatrique*, 1952, 475-506.
6. Meijering, W. L. *On community psychotherapy*, Diss. Utrecht, 1955
7. Meijering, W. L. en v. d. Wielen, G. A. Groepstherapie binnen het kader van een kliniek. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, jaargang IX (1954), 326—330.
8. Meijering, W. L. Socioses of mental hospitals, *P.N.N.* 64 (1961) 424—433.
9. Rapoport, R. N. *Community as doctor*, Tavistock Publications, 1960.
10. Rümke, H. C. De betrekkelijkheid van de psychiatrische diagnose, *N.T. v. G.* 96, IV, 43 p. 2661 (1952).
11. Vaessen, M. L. J. Groepspsychotherapie in de psychiatrische inrichting, *Voordrachten-reeks van Nederlands Psychoanalytisch Genootschap*, 1953.
12. Vaessen, M. L. J. Overdracht van gevoelens in de verpleging, *Tijdschrift voor ziekenverpleging*, 14e jaargang (1961), 720—725.
13. Vaessen, M. L. J. Psychotherapie voor de huisarts, *Huisarts en Wetenschap*, verschijnt binnenkort (1962).