

DE ROLVERDELING IN EEN THERAPEUTISCHE GEMEENSCHAP

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

In een artikel 'De (medische) wetenschap en de mens' plaatste Prof. Heringa onlangs het woord medische tussen haakjes. (8). 'Het is zo dat onder de academici van ouds de medicus degene was die althans in concreto het meest met de mens van doen had. Aan dit bijkans monopolie wordt echter de laatste tijd van vele zijden geknabbeld'. 'Meerdere studierichtingen die zich met de mens bezighouden zouden elkaar moeten vinden in een centrale interfaculteit anthropologie'. Ondanks deze telkens weer herhaalde eis van een integrale geneeskunde blijft de medicus als regel in zijn hart een somatische anthropoloog. Hij zal de psychische en sociale aspecten van de zieke mens niet ontkennen, maar de bestudering van deze invloeden is hem vreemd en hij is geneigd ze op het tweede plan te schuiven. Hij dreigt hiermee echter in een geïsoleerde positie te geraken.

In de psychiatrische inrichting worden wij dagelijks geconfronteerd met de gunstige of ongunstige invloed die er uitgaat van de sfeer op een bepaalde afdeling of het milieu van het oude gesticht. Als wij het milieu niet therapeutisch structureren, structureert het milieu zich op een blinde wijze en wij weten uit het verleden hoe weinig therapeutisch dit was.

Als uitersten mogen wij wel stellen: een therapeutische gemeenschap en de aard van de gemeenschap, die in een artikel over sommige grote Amerikaanse State hospitals getypeerd wordt als 'a schizophrenic no-society' (18).

Een sfeer weerspiegelt zich in de gebouwen en hun aankleding, maar het is vooral voor de personen die dat milieu vormen, dat ik vandaag Uw aandacht zou willen vragen; voor hun onderlinge verhoudingen en voor de al of niet bewuste rol die zij spelen.

Alvorens de emotionele verhoudingen tussen arts — verpleegster — patiënt nader te analyseren, zou ik eerst een ogenblik willen stilstaan bij de iets eenvoudiger relatie arts — patiënt zoals deze o.a. in de psychosomatische huisartsenseminars in discussie is gekomen.

Bij de gewone diagnostiek en therapie is de dokter de enige actieve partij; hij werkt daarbij met beproefde reeksen van gerichte vragen. Ook de psychiater werkt met dergelijke vragenlijsten. Maar, zegt Balint, hij krijgt dan alleen antwoord op de vragen die hij stelt, meer niet (3, 4). Als regel zal

hij hier ook mee uitkomen en een bij de diagnose passende therapie kunnen voorschrijven. Dit zakelijk objectief en efficiënt werken gaat echter niet op bij de patiënten met atypische klachten. Deze zijn, hoewel ze in de minderheid zijn, voor menig huisarts een zware opgave en vaak een chronische psychische belasting, die de coöperatieve arts-patiënt relatie ernstig kan verstoren. Wat in zulke gevallen alleen verder brengt is, dat de arts zijn eenzijdige actieve rol opgeeft en leert overschakelen naar een two-person relation; d.w.z. de dokter moet van vragenstellen overschakelen op leren luisteren. Dit is een ingrijpende eis die een nieuwe attitude vraagt naast de gangbare. Hij zal in de praktijk niet meer irreflexief als dokter kunnen reageren maar afhankelijk van patiënt en situatie moeten indiceren, welke houding de meest adaequate is: systematisch onderzoekend, kataliserend luisterend, directief of suggestief.

Balint besteedt in dit verband ook veel aandacht aan de kwetsbare driehoeksverhouding van huisarts — patiënt — specialist: kenmerkend zijn: het ambivalente respect van de gezinsarts ten opzichte van de meer wetenschappelijk gevormde orgaan-specialist, het eenzijdige zekerheid zoeken door het elimineren van organische oorzaken bij de verschillende specialisten en het anoniem worden van de verantwoordelijkheid bij het nemen van de ingrijpende beslissingen zoals operaties.

Een kritische bestudering van de correspondentie tussen huisartsen en specialisten maar ook onze eigen ervaring op de huisartsenseminars tonen duidelijk aan, dat deze factoren een belangrijk en vaak schadelijk gewicht in de schaal leggen; zoals een probleemkind ten nauwste verweven is met de problematiek tussen de ouders, zo staat de probleempatiënt vaak tussen huisarts en specialist. In beide gevallen zijn de partijen zich meestal niet bewust van de rol die zij spelen of die hun wordt opgedrongen. Ook dit is een parallel die wij dadelijk in de sociotherapie van de inrichting opnieuw zullen tegenkomen. Meer en meer gaan wij een psychiatrische patiënt in inrichting of kliniek opnemen op een positieve indicatie: niet alleen vanwege bepaalde kuren die poliklinisch onmogelijk zijn, maar ook vanwege de positieve bijdrage die van een therapeutisch gestructureerd milieu kan uitgaan. Wij denken dan meteen aan namen als Simon, Van der Scheer, Sivadon en Daumézou. Maar toch komt de medicus en ook de psycholoog van de inrichting in een moeilijk parket als een socioloog zijn hoofd om de deur komt steken en zegt: 'Jullie praten nu wel zoveel over een therapeutische gemeenschap, maar moet niet eerst de vraag aan de orde gesteld worden: hoe werkt een normale

gemeenschap?' Dan volgt een ongeordende reeks van associaties zoals macro- en microstructuren, sociometrische procedures, veldtheorie en groepsdynamica. Ook de collega's die reeds jaren met groepstherapie gewerkt hebben krijgen een lichte desoriëntatie-stoornis en vragen zich af: „Zijn dit weer andere ontdekkingen, die wij over het hoofd hebben gezien?’

In ons land zijn de contacten van psychiaters met sociologen nog betrekkelijk gering en recent. Het is om die reden bijzonder verheugend dat wij vandaag Prof. Oldendorff en de Hr. Hesseling als sprekers in ons midden hebben. In overleg met elkaar hebben wij enkele fundamentele gedachten over sociotherapie, resp. over de werking van een kleine groep opgesteld, in de hoop om vanuit twee op elkaar afgestemde vertrekpunten, tot een vruchtbare gedachtenwisseling te komen.

Veel publikaties over sociotherapie hebben betrekking op kleine klinieken, veelal neurose-sanatoria. Toch verschijnt er de laatste jaren een toenemend aantal sociaal-psychologische studies over grote psychiatrische inrichtingen of over bepaalde afdelingen van deze inrichtingen. Men vindt o.a. recente overzichten in het Amerikaanse boek van Artiss: Milieu-therapy in schizophrenia (20), en in een tweetal Engelse publikaties van Hooper en medewerkers (in Human Relations) (10, 11). Het is vooral uit deze literatuur en dank zij een aantal gesprekken met collega's uit onze inrichtingen dat ik een poging heb kunnen doen om in enkele grote lijnen de vraagstellingen te formuleren die voor ons milieu van belang zijn.

Wat de terminologie betreft:

Sociotherapie en milieutherapie worden door elkaar heen gebruikt. Ook komt men de term situatieve therapie tegen (o.a. bij Prof. Van der Horst en bij Collega Marlet) (14). Van therapeutische gemeenschap, community psychotherapie en psychothérapie institutionelle spreekt men vooral bij de meer gedifferentieerde vormen van sociotherapie. Crocket merkt op dat het een kwestie van definitie is of men hierbij van therapie wil spreken of van het scheppen van een gunstig milieu voor de therapie. Men begeeft zich in dezelfde gedachtengang als men zich afvraagt of het hier gaat om de omschrijving van een specifieke therapievorm, ofwel van een specifieke vorm van psychohygiëne voor de zaal.

Parallel lopende vraagstellingen, of het om therapie gaat of om iets anders, vindt men ook op het terrein van de arbeidstherapie en de culturele therapie; wij komen daar nog op terug. Er zijn twee terreinen waarop men in de psychiatrische inrichting de sociotherapie kan toepassen nl. de macrovraag ten aanzien van de organisatie van een inrichting in zijn geheel

en de microvraag van de afdelingen afzonderlijk, het directe leefmilieu van patiënten en verpleegsters. Het een is niet zonder het ander te bestuderen, maar men kan de vraagpunten wel overzichtelijker maken door het een na het ander te bespreken. Vooreerst dan:

1. De structuur en de werking van de inrichting als geheel

Ik zal hierover betrekkelijk kort zijn, te meer waar Collega Loois hierover in een lezing over 'Personceelsbeleid in ziekeninrichtingen' uitvoerig gesproken heeft. Ik zou willen volstaan met de opsomming van een aantal aspecten, die elkaar ten dele overdekken.

Loois vergelijkt de communicatie-systemen van de inrichting met die van het menselijk lichaam. Hij vergelijkt het formele organisatie-schema met het zenuwstelsel en de informele emotionele interactie-personen met het warmbloedige bloedvaatstelsel. Dit is een beeldspraak die in vele opzichten opgaat: bv. zoals er bij vaatstoornissen necrose kan optreden, zo ontstaat er ongeïnteresseerdheid, roddel en gerucht bij het verplegend personeel als men de emotionele verhoudingen verwaarloost. Loois pleit daarom voor een werkgroepstructuur van kleine perifere groepen van verpleegsters als een levende ideeënbus voor de leiding. Bijzondere betekenis wordt ook toegekend aan de schakelpersonen die leiding moeten kunnen geven en leiding moeten kunnen ontvangen (13).

Daarnaast blijft de noodzaak bestaan van een formeel organisatie-schema, waarin bevoegdheden van hoog tot laag zijn vastgelegd. Op dit grondstramien krijgt men juist oog voor de emotionele interactie-patronen.

In een artikel in het tijdschrift voor Ziekenverpleging behandelt Loois het verschijnsel van de hospitalisatie en refereert daarin vooral de ongunstige milieu-invloeden van de inrichting, zoals Barton deze samenvat met de term institutional neurosis (5). Meijering spreekt bij een ander soort ziekten van een hele ziekenhuisgemeenschap van socios en trekt bovendien de parallel met het onbewuste zelfbedrog en de acute exacerbaties van de individuele neuroticus.

Andere aspecten, zoals de onderlinge verhoudingen tussen de verschillende afdelingen van een inrichting, zijn o.a. uitvoerig bestudeerd door Hooper en medewerkers. Hij expliciteert met name de emotionele factoren die een rol spelen bij vele overplaatsingen van de ene afdeling naar de andere. Hij vond de meest irreële fantasieën bij staf en personeel van de ene over de andere afdeling.

Vaak is ook de grootte van de afdelingen een discussie-punt

bij al of niet sociotherapeutisch werken; afhankelijk van de aard van de patiënten komt men tot getallen tussen de 25 en 40 patiënten.

De laatste opmerking over de structuur en werking van de inrichting als geheel: Meer en meer ontstaat de behoefte aan een deskundige, die de leiding kan helpen al deze verhoudingen te overzien en te coördineren. Te denken is dan aan: een socioloog, een sociaal psycholoog, een organisatiedeskundige of een sociaal pedagoog. Een kritisch verschilpunt is daarbij: of men deze functionaris laat observeren, enquêteren, alleen feedback geven aan de leiding, ofwel dat men hem vervolgens ook betreft in het ontwerpen van nieuwe sociale structuren zonder dat hij machtiger wordt dan de geneesheer-directeur zelf.

2. *Sociotherapie op de afdelingen*

Uitvoeriger zou ik dan willen ingaan op de menselijke verhoudingen die de sociotherapie op de afdelingen bepalen.

Willen wij niet in het vage blijven, dan moeten wij ons afvragen welke de kardinale punten zijn waar de sociotherapie om draait. In de praktijk en ook in theoretische beschouwingen over dit onderwerp worden de accenten nogal eens verschillend gelegd:

Prof. Carp stelt centraal: Iets doen voor en met de anderen; door de omgang met de anderen leert de patiënt omgaan met zichzelf (6).

Collega Van der Drift wijst op de spontane omgang met de anderen die optreedt als men een appel doet op het gezonde deel van de persoonlijkheid van de geesteszieke; zijn verwaarloosd vermogen tot persoonlijke vrijheid en verantwoordelijkheid (7).

Ook Prof. Baan en Collega Roosenburg willen in het zgn. gecontroleerd therapeutisch milieu van geesteszieke delinquenten zoveel verantwoordelijkheid geven aan de patiënt als deze net dragen kan. Streng gescheiden van, maar in samenspel met de psychotherapie, wordt door hen de sociotherapie als een heropvoedingsproces gezien (2, 15).

Ook Loois legt, in navolging van Sivadon, de nadruk op de interacties tussen de patiënten zelf. De leidende idee is het stimuleren van die sfeer welke optimale constructieve interactie mogelijk maakt (12).

Bij al deze omschrijvingen gaat het om het omhoog halen van het niveau van de patiënt en over het bevorderen van interacties tussen de patiënten zelf. Vanzelfsprekend veronderstelt dit sociotherapeutisch vertrouwen in de patiënt een andere attitude van de artsen en van de verpleegsters, maar dit staat

niet centraal. Mij dunkt, dat prof. Rümke in zijn klinische les: „De betrekkelijkheid van de psychiatrische diagnose” dit laatste wèl gedaan heeft. Rümke zegt daar namelijk tegen de psychiater, wat Balint zegt tegen de huisarts: Lukt de behandeling niet, dan ligt dat aan ons! Doordat wij ons blind staren op een nauwgezette diagnostiek en rubricering en doordat wij ons onvoldoende bewust zijn van de schadelijke of heilzame rol die de dokter zelf in de kunst van het genezen speelt. Rümke vindt een psychiatrie, gebouwd op tussenmenselijke relaties, van ongehoord belang en hij wijst vooral op het werk van Withacker en zijn medewerkers, een mengeling van dynamische en anthropologische psychiatrie.

In de literatuur tonen andere auteurs weer hun erkentelijkheid voor datgene wat ze omtrent interpersonal relations geleerd hebben van de Washingtonschool van Chesnut Lodge: de school van Sullivan, Fromm-Reichmann, Bullard en Artiss.

Anderen brengen deze inzichten in verband met religieuze en filosofische motieven, het medemenselijk zijn van Sartre of Marcel, of het solidair zijn met de noodlijdende mens (Ruygers). Nauwverwante ideeën vindt men in psychiatrische studies over groepstherapie en in studies over sociale psychologie. Men verstaat elkaar echter moeilijk door het gebruik van verschillende termen.

Ik kom nu terug op de accentuering van de rol die de dokter zelf en daarna ook de verpleegster in een therapeutische gemeenschap moet spelen. Het kardinale punt van de sociotherapie is mijns inziens dat er naast de formele autoritaire verhoudingen op een afdeling een meer menselijk, meer emotioneel bepaald communicatie-systeem ontstaat tussen de 3 nu vrijwel gescheiden niveaus van doktoren, verpleegsters en patiënten. Men schetst deze ontwikkeling ook wel als de overgang van een autoritair naar een democratisch systeem, maar men bedenke dan wel dat schijndemocratische zaalvergaderingen en patiënten-comités zonder enige macht erger zijn dan het gangbare systeem. Een goed criterium is, of er inderdaad een verschuiving optreedt van verantwoordelijke rollen van hoger niveau naar lager niveau.

Komen de drie hoogte-niveaus dichter tot elkaar, dan betekent dit: veel meer persoonlijke contacten tussen dokter-patiënt, maar ook tussen dokter-verpleegster en tussen verpleegster-patiënt. Een aardig en typerend voorbeeld van deze warmmenselijke mentaliteit vond ik in St. Anna te Venray, waar doktoren, verpleegsters en patiënten een tijdlang samen acteerles kregen en daarna samen een toneelstuk opvoerden voor de hele gemeenschap van de inrichting.

Artiss heeft op grond van zijn ervaring met sociotherapie op een kleine afdeling van schizofrene patiënten een frappante parallel aangetoond: dat namelijk pas een nieuw communicatiesysteem tussen verpleegsters en patiënten kan ontstaan nadat de verpleegsters met de doktoren een gewoon menselijk contact hadden gevonden. Als wij letten op de zo belangrijke tussenpositie van de verpleegster, zouden wij dus zelfs kunnen stellen: sociotherapie hangt vooral hiervan af: of we de verpleegster een nieuwe rol toekennen!

Het zal vooral van haar afhangen, omdat zij niet 1 maar 23 uur op de afdeling is, maar ook omdat deze nieuwe ideeën niet als een programma van boven af opgelegd kunnen worden maar op eigen wijze in elk zaalteam van dokter en verpleegsters samen moeten kunnen groeien.

Hoe staan de verpleegsters en verplegers hier zelf tegenover? Met enige aarzeling richt ik mij over Uw hoofden ook tot hen. Met enige aarzeling, want Loois waarschuwde reeds: Ik raad U ten sterkste af om dit systeem in te voeren daar waar de leidinggevende medicus een halfgod is; ik raad het U evenzeer af daar waar de hoofdzuster op haar strepen staat: waar zij sergeant-majoor is. Ik stap echter over mijn aarzeling heen dit hier te herhalen, omdat ik ervan overtuigd ben dat iedere dokter in zijn hart af en toe moeite zal hebben om de bekoring een halfgod te willen zijn te overwinnen. En wat de hoofdverpleegster betreft: In vele gevallen is het de vraag of zij wel zo graag de baas speelt? Vaak is zij geenszins voldaan over haar alleen maar regelende en toezichhoudende rol. Als docent voor een stafcursus voor de B-verpleging kreeg ik wel eens de indruk, dat we aan de late kant zijn om nieuwe samenwerkingsvormen bij de verpleging te introduceren. Men voelt zich vrij sterk gefrustreerd omdat men zich er buiten voelt staan. In ieder geval treffen wij bij de beste verpleegsters en verplegers een sterke tendens aan om meer reliëf te geven aan hun vak. Men zoekt de eigenwaarde van de psychiatrische verpleegkunde, men wil meer zelfstandigheid. Hier en daar neemt het echter onmiskenbaar de vorm aan van tussen neus en lippen uitgesproken strijdkreten: los van de psychiatrie, los van de therapie. De dokter behandelt de patiënt, wij willen als mens met hem omgaan. Ik kom hier kenmerken tegen van dezelfde zelden uitgesproken kwetsbare driehoeksverhouding van huisarts-patiënt-specialist. Ook de verpleegster, die evenals de huisarts dicht bij de patiënt staat, heeft vaak te kampen met datzelfde ambivalente respect voor de specialist.

Strijdbaar streven sommige huisartsen en verplegenden daardoor naar een eigen specialisme. Opvallend is daarbij verder dat men in verpleegkundige kringen bij hun streven naar eigen

specialisering meer aansluiting gaat zoeken bij de pedagogie, psychologie of sociologie dan bij de psychiatrie. Dezelfde tendenzen tekenen zich ook af in kringen van de arbeidstherapie en creatieve therapie: het gevaar is niet denkbeeldig, dat een zelfstandige arbeidstraining los komt te staan van de beginstadiën van de arbeidstherapie en dat de creatieve activiteiten worden tot culturele spelen, los van de psychotherapeutische en groepstherapeutische aanknopingspunten.

Zonder dat wij ons dit voldoende realiseren ontstaan er dan op de afdelingen of in de hele inrichting elkaar niet begripvullende en soms tegengestelde tendensen die nadelig zijn voor de totale behandeling van de patiënten. Dit is bijv. reeds het geval, als een psychotherapeut een intensieve individuele psychotherapie geeft maar onvoldoende de sociale implicaties van de uitzonderlijke positie van deze patiënt op zijn afdeling overziet; of bijv. als een expressie-therapie of een groepstherapie afdekkend en de zaal zudekkend is; of in een ander geval de zaal zeer tolerant is maar de arbeidstherapie hoge revalidatie-eisen stelt.

Hoe zien de hoofden van de afdelingen zelf hun rol?

Een van hun woordvoerders, Br. Andreas van de Psychiatrische Inrichting Voorburg te Vught, omschrijft als het meest typerend: Het afdelingshoofd vertegenwoordigt het gezag op de afdeling; hij moet situaties scheppen waarin de patiënten tot vrije activiteiten komen. Vooral deze laatste formulering dekt zich geheel met de omschrijving van het begrip sociotherapie. De nieuwe leerstof, maar vooral ook de mentaliteit die richting geeft aan de gemoderniseerde opleiding voor B-verplegenden sluit hier gelukkig geheel op aan. De basis wordt gelegd voor een nieuwe stijl van verplegen en tevens voor een sociotherapeutisch samenspel van verplegenden en doktoren, als de leerstof inderdaad gebruikt wordt als uitgangspunt voor de emotionele rijping van de persoonlijkheid van de verplegenden of, zoals het in de inleiding van het boekje met de nieuwe leerstof heet: als basis voor een persoonlijke ontmoeting, een confrontatie met zichzelf en de anderen.

Er wordt daar volmondig erkend: het scheppen van de therapeutische sfeer is van niemand zo zeer afhankelijk als juist van de verplegenden door het langdurig intensief contact met de patiënten.

Wij staan hier voor een praktijk-probleem van de eerste orde, dat multi-geconditioneerd is. Wenst men in deze richting te gaan werken dan houdt dat diep ingrijpende consequenties in zowel voor de opleiding van de B-verplegenden als ook voor de opleiding van de psychiaters. Op deze opleidingsaspecten kan ik nu niet verder ingaan maar ik zou toch wel, om de praktijk-

waarde voor de afdeling aan te tonen, iets verder willen uitwiden over de samenwerking en de rolverdeling in de afdelingsteams.

Wij zouden dus niet willen volstaan met het eenvoudige schema: de medicus is er voor diagnose, prognose en therapie en de verpleegster doet de rest. Wij zagen trouwens al dat wij de verpleegster met die rest maar erg hebben laten modderen. Het georganiseerde leef- en werkmilieu van de patiënt is zo maar niet te scheiden van de therapie van patiënt; maar waarschijnlijk bestaat er op de afdeling behoefte aan nog andere richtlijnen bijv. richtlijnen uit disciplines als orthopedagogie of reëducatie, uit de discipline van het groepswork dat aan scholen van maatschappelijk werk geleerd wordt, of uit sociale regionen, die vragen om arbeidstraining en maatschappelijke aanpassing. De afdeling is in dit opzicht een kruispunt van wegen, waarbij het de verpleegster vaak moeilijk moet vallen in concreto een goede keuze te doen. Als er geen team is, betekent deze multiple subordinatie voor de hoofdverpleegsters een zware stress-situatie. (vgl. Meijering in zijn artikel over socio-sen).

Om enkele van deze problemen nader te belichten zou ik willen terugkomen op een indeling die jaren geleden door Daumézou is voorgesteld en die we weer in een andere vorm terugvinden bij Maxwell Jones en Rapoport. Deze indeling heeft het voordeel dat ze als het ware de patiënt volgt in het verloop van zijn behandeling. Het zijn 3 stadia die wij kort kunnen kenschetsen met de werkwoorden investeren, doorwerken en revalideren. Men kan bij meer chronische patiënten deze stadia eventueel ook localiseren op opeenvolgende afdelingen dus: het investeren van de conflicten op de opname-zaal, het doorwerken op de behandelingsafdeling en het revalideren naar maatschappelijke eisen op een ontslag-afdeling. Het therapeutisch milieu van deze afdelingen vraagt telkens om heel verschillende structureringen.

Wij zullen er duidelijk aan kunnen zien dat de sociotherapie of milieutherapie niet eenvoudig weg zoveel betekent als herstel van een meer humaan contact met patiënten of het toepassen van algemene regels van psychohygiëne op de zaal; en ook dat het niet enkel gaat om een persoonlijke betrokkenheid, die als een geloof of een ethiek geplaatst zou moeten worden tegenover een meer objectiverende geneeskunde. De intermenselijke relaties tussen dokter, verpleegster en patiënten vormen een systematisch studie-object, dat veelal door sociaal psychologen in samenwerking met psychiaters wordt bestudeerd. Bezien wij eens de kenmerken van het eerste stadium:

De patiënt die opgenomen wordt investeert of huisvest zijn con-

flicten op de afdeling. Hij vindt al spoedig op de afdeling een min of meer geschikte kapstok waaraan hij zijn inventaris kan ophangen. Vaak zijn de afdelingsgeneesheer en de verpleegster vrij passief ten opzichte van deze projecties, althans te weinig attent op de betekenis ervan.

Neem het geval van de patiënt die zijn echtgenote, maar nu op de afdeling de hoofdverpleegster, dringt in de rol van zijn moeder. Als de verpleegster hier niet op gespist is, laat zij zich in deze rol dringen; maar dan is er ook geen conflict meer dat behandeld kan worden.

Hetzelfde geldt mutatis mutandis ten opzichte van een paranoïde schizofreen. Als deze patiënt wordt opgenomen op een insulinekuurzaal, wordt zijn psychose vaak geactiveerd en geconcentreerd op de kuurzaal. Het is zelfs als een prognostisch gunstig teken te beschouwen zegt Scott, als in zijn waanideeën het kuurpersoneel en de medepatiënten de plaats gaan innemen van de communisten of de vrijmetselaars. De psychotische conflicten worden gehuisvest binnen de grenzen van de kuurzaal. Wij kunnen er in vivo mee gaan werken.

In de status praesens van een nieuw opgenomen patiënt zou men daarom reeds van af het begin aandacht moeten besteden aan de vraagstelling: Wat kunnen wij op grond van de gegevens van auto- en hetero-anamnese voor kenmerkende projecties en andere afweer-mechanismen verwachten? Welke vormen zullen deze waarschijnlijk hic et nunc aannemen? Op welke personen zal hij waarschijnlijk zijn negatieve of positieve gevoelens projecteren? Als een goed samenwerkend zaalteam attent is op deze mogelijkheden, zullen er regelmatig bepaalde overdracht-situaties herkend worden die in de behandeling, al of niet geduid, maar in ieder geval benut kunnen worden. Soms zal men dan bewust een dokter of een verpleegster een bepaalde rol ten opzichte van deze patiënt laten spelen; in dat opzicht zou men het hele leven op de afdeling als een groot psychodrama kunnen opvatten.

Bij de paranoïde psychoticus verandert de insuline zijn somatische conditie, maar het is de groeps- en sociotherapie die hem zal helpen uit het pathologische „centrum” te komen en zijn plaats weer in te nemen in de kring van medepatiënten (vergelijk Scott). Ook de neurotische patiënt met zijn neurotische minderwaardigheidsfantasieën of zijn verborgen grootheidsfantasieën heeft zich zelf in een middelpunt geplaatst. Een optimale doorwerking is mogelijk als men de patiënt gelijktijdig door individuele en sociotherapie weer leert leven met zichzelf en weer leert leven met anderen.

Zo zijn wij geleidelijk al in het tweede stadium gekomen, het stadium van de doorwerking van de therapeutische thema's. Wij moeten dan meteen ook het derde stadium al in de gaten houden,

dat van de aanpassing aan de maatschappelijke eisen; want, ligt in eerste instantie de nadruk op het psychotherapeutisch tegemoetkomen, het is toch gewenst dat de aanpassing aan anderen als tegen-thema al in het spel wordt gebracht.

Ik heb mij afgevraagd in hoeverre de in een psychotherapeutische kliniek gebruikelijke scherpe rolverdeling van psychotherapeutische en reëducatieve stafleden voor de algemene psychiatrische zaal ook opgaat. In ieder geval is het gewenst dat doktoren en verpleegsters deze registers niet verwisselen. Zowel Daumézou als Rapoport wijzen op de noodzaak van veelsoortige organisaties of structuren binnen de inrichting die afgestemd zijn op de toestand van de patiënt. Daumézou zegt: Het moeten structuren zijn van het laagste tot het hoogste ontwikkelingsniveau, het moeten gelegenheden zijn die drachtig zijn van identificatie- en overdrachtsmogelijkheden. Wij vinden die gelegenheden zowel op zaal als in de groepen van arbeids-, bewegings- en creatieve therapie; niet door te duiden maar door een therapeutisch spel te spelen met behulp van deze adequate structuren zullen wij de psychoslijder zijn conflicten helpen oplossen. Daumézou en ook Artiss geven hier sprekende voorbeelden van.

In de sociaal psychologische studie „Community as doctor” was een van de meest in het oog springende conclusies van Rapoport: (en dit slaat weer op de onderscheiding van het tweede en derde stadium): door de staf van Maxwell Jones werden de behandelings- en de revalidatie-doeleinden niet voldoende onderscheiden. Er zijn activiteiten die beide doeleinden ten goede komen, maar in andere gevallen zitten zij in elkaars vaarwater.

Therapeutisch noemt hij al die ingrepen die als onmiddellijk doel hebben de verandering van de individuele persoonlijkheid in de zin van een betere integratie. Revaliderend noemt hij al die ingrepen die als onmiddellijk doel hebben de persoonlijkheid meer geschikt te maken voor de opgaven die het sociale milieu stelt; om te beginnen het sociale milieu van de kliniek maar, in een verder perspectief, het eigen gezin en de maatschappij.

Hoe richten wij nu een bepaalde afdeling in? Uit hoofde van de revalidatie moet zij een oefenterrein zijn dat de maatschappij in een soort microcosmos moet nabootsen; het thema van de realiteitsconfrontatie is hierbij leidinggevend. Uit hoofde van therapie moet deze, of een andere afdeling, meer permissief, meer tolerant zijn, gericht op ontdekking en herstel van persoonlijke problemen. De weg naar revalidatie kan pas etappegewijs worden afgelegd. Deze etappes op weg naar genezing zullen ook structureel tot hun recht moeten komen door het scheppen van verschillend georiënteerde afdelingen en groeperingen; bepaalde doktoren en verpleegsters en bepaalde patiënten zullen afhankelijk van de situatie the-

therapeutische rollen of realiteits-rollen moeten spelen. Men heeft wel eens gewezen op het gevaar dat een te ideale therapeutische gemeenschap de neiging tot hospitalisering zal verhogen. Dit gevaar is echter niet te duchten als men de therapeutische gemeenschapsgedachte vanaf opname tot ontslag op verschillende wijzen structureert.

Alvorens te eindigen wil ik nog eens terugkomen op de noodzaak van een nieuwe verplegingsstijl. Afdelingen waar men het milieu wil maken tot een doelgericht sociotherapeutisch geheel, vragen uit de aard van de zaak veel van de geneesheren zowel als van het verplegend personeel.

In een van de stafcursussen voor de B-verpleging besprak ik met twee groepen van 12 afdelingshoofden enkele malen uitvoerig de bedoeling en de consequenties van een doelgerichte sociotherapie. Over het algemeen waren deze verpleegsters en verplegers zeer enthousiast. Ik citeer enkele uitlatingen zoals: De sociotherapie hangt hier van af: of men de verpleegster de rol laat spelen die zij waard is; zo word je meer betrokken in de situatie; het verstrekt ons gevoel van eigenwaarde dat men dit van ons verwacht. Tegelijkertijd realiseren vele van deze verpleegsters zich ook dat je er dan niet meer komt met flinke of zakelijke schijnhoudingen, je wordt er emotioneel in betrokken; je wordt geconfronteerd met je eigen zwakheden, het is een verrijking voor je eigen psychohygiëne als je het emotioneel aan kunt.

Het zijn dezelfde geluiden die ook Hooper signaleert bij zijn sociaal psychologisch werk in Engelse inrichtingen: de verpleegsters zijn degenen die op zaal het meest geïnvolveerd zijn in de emotionele relaties maar zij nemen uit puur zelfbehoud een houding aan van niet-geïnvolveerde superioriteit ten opzichte van de patiënten. Als de staf progressief gaat denken en de patiëntenstatus verheft, blijven de verpleegsters het meest in de kou staan en daardoor onveranderd in hun houding. Zij kunnen zich alleen een nieuwe verplegingsstijl eigen maken als wij hen helpen met deze nieuwe leer, met de daarbij behorende werkmethoden en de persoonlijke implicaties die een groter persoonlijkheidsrijping vragen.

De vorming van de verpleegsters, de na-opleiding en het dagelijks overleg in het team van de afdeling zal ongetwijfeld veel meer tijd van de psychiater gaan vragen. Men hoort zelfs wel eens het bezwaar dat hij zoveel tijd moet gaan steken in staf- en teambesprekingen dat hij tijd te kort komt voor het direct contact met zijn patiënten. Dit hoeft echter geen verlies te zijn als hij zijn rol voor een deel kan verschuiven naar de rol van de verpleegsters. Naar de mate waarin de verpleegsters en ook de patiënten meer

verantwoordelijkheid kunnen overnemen wordt de dokter voor dat deel manager van zijn afdeling.

Wat de praktische uitwerking voor de verschillende afdelingen betreft zien wij reeds dat men in meerdere inrichtingen, elk op eigen wijze, bepaalde afdelingen creëert, waarin het afdelingsteam van dokter en verpleegsters het accent legt op de sociotherapeutische aanpak. Men werkt met een afdeling van nieuw opgenomen psychose-lijdens (zoals Artiss deed), men kan ook denken aan een psychische kuurzaal naast een lichamelijke kuurzaal.

Anderen leggen weer de nadruk op een sociotherapeutische ont-slag-afdeling die chronische patiënten voorbereidt op de maatschappij, een revalidatie-afdeling zoals Collega Van Andel en ook Collega Zijlstra beschreven hebben (1.19) of dit weer in de vorm van een sociotherapeutisch centrum met eigen woningen, zoals Collega Van der Drift en Van den Heuvel georganiseerd hebben. (9) Veel zal er van af hangen of er psychiaters en verpleegsters gevonden worden die voor deze opvattingen voelen en het aan kunnen.

Samenvattend meen ik te mogen zeggen:

Wil men komen tot een goed rolbesef en een efficiënte rolverdeling, dan moeten enkele desiderata gesteld worden, waarvan ik als de belangrijkste zie:

1. de afdelingsgeneesheer moet zich niet isoleren in de enge conceptie van alleen maar medicus zijn;
2. het streven van de verplegenden om aan de psychiatrische verpleegkunde meer relief te geven kan zich alleen op harmonische wijze ontwikkelen als het geschiedt in de vorm van een sociotherapeutisch samenspel met dokter en patiënten;
3. om de verhoudingen te kunnen overzien en om een veelvoud van adaequate structuren te scheppen zou een sociaal psycholoog belangrijke diensten kunnen bewijzen zowel aan de geneesheer-directeur voor het macro-beleid als aan de afdelingsgeneesheren voor het micro-beleid.

LITERATUUR

- | | |
|-------------------|--|
| 1. Andel, H. van | Bespiegelingen over en vormgeving aan de revalidatie van patiënten in een psychiatrische inrichting. <i>Voordrachtenreeks P.I.D.</i> nr. 7 (1961) 86—97. |
| 2. Baan, P. A. H. | Algemene beschouwingen, ervaringen en plannen in <i>Jaarverslag Dr. van der Hoevenkliniek</i> 1955, 110—144. |
| 3. Balint, M. | <i>The doctor, his patient and the illness</i> — Tavistock Publications, London 1957. |

4. Balint, M. and E. *Psychotherapeutic techniques in medicine* — Tavistock Publications, London 1961.
5. Barton, R. Institutional Neurosis, gerefereerd door H. Loois in *Het hospitalisatie syndroom. Tijdschr. v. Ziekenverpl.* 15 (1962) 275—280.
6. Carp, E. A. D. E. *Sociotherapie (actieve aanpassingstherapie)* — De Tydstroom, Lochem, 1955.
7. Drift, H. vander Hoofdstuk Verpleging en behandeling van geesteszieken in *Algem. Leerboek voor het verplegen van geestes- en zenuwzieken* 10e druk (1960) 463—476.
8. Heringa, G. C. De (medische) wetenschap en de mens. *Medisch Contact* 17 (1962) 609—612.
9. Heuvel, C. C. van den Het sociotherapeutisch centrum Wolfheze. *Het Ziekenfonds*, nov. 1962.
10. Hooper, D. F. Changing the milieu in a psychiatric ward. *Human relations* 15 (1962) 111—121.
11. Hooper, D. F., Clark, D. H. and Oram, E. G. Creating a therapeutic community in a psychiatric ward. *Human Relations* 15 (1962) 123—147.
12. Loois, H. Hoofdstuk Perspectieven (vooral p. 142 e.v.) in *De Willem Arntsz Stichting 1461—1961*.
13. Loois, H. Personeelsbeleid in ziekeninrichtingen. *Het Ziekenhuiswezen*, 35 (1962) 242—245.
14. Marlet, J. J. C. Hoofdstuk: Rondom de situatieve therapie, in *Een halve eeuw St. Anna Venray*, 1961.
15. Roosenburg, A. M. De huidige mogelijkheden van de psychiatrische behandeling van delinquenten. *Tijdschr. voor Strafrecht* (1962) 169—189.
16. Ruygers, H. *Noodlijgend is de mens* — P. Brand, Hilversum 1962.
17. Scott, R. D. The psychology of I.C.T., gerefereerd door M. L. J. Vaessen, *Psychische aspecten van de I.C.T.* diss. Leiden 1957, 21—25.
18. Sommer, R. and Osmond, H. *The schizophrenic no-Society Psychiatry*, 25 (1962) 244—255.
19. Zijlstra, R. De psychiatrische hulpverlening. *Voordrachtenreeks P.I.D.* nr. 8 (1961) 105—115.
20. Vaessen, M. L. J. Literatuur-impressies over sociotherapie. *Voordrachtenreeks P.I.D.* nr. 11 (1962) 90—100 (de daar op pag. 100 vermelde literatuurlijst wordt hier niet herhaald).