

Spanningen tussen psychotherapie en sociotherapie

door F. A. M. Kortmann

Inleiding

De intrede van de op intrapsychische conflicten gerichte psychotherapeutische discipline binnen een team van een behandelafdeling van een psychiatrisch ziekenhuis kan leiden tot grote veranderingen en verschuivingen (Winkler, 1966). Er kunnen dan twee afzonderlijke vormen van benadering van de patiënt gaan ontstaan, die verwarrend kunnen werken voor zowel de teamleden alsook de patiënten. De psychotherapeuten zullen de aandacht proberen te richten op de intrapsychische problematiek van de patiënt. In hun benadering van de patiënt zullen zij daartoe een niet regulerende houding aannemen. De andere teamleden zullen zich meer bezighouden met het reële en concrete gedrag van de patiënt. Zij zullen de patiënt stimuleren of steunen bij het zoeken naar oplossingen voor actuele problemen. Tevens zullen ze de patiënt op gezette tijden reacties geven op of confronteren met zijn direct waarneembare gedrag op de afdeling. Deze bijdrage aan de behandeling wordt wel aangeduid met de term 'sociotherapie' (Bierenbroodspot, 1969).

Psychotherapie en sociotherapie kunnen beschouwd worden als twee belangrijke polen binnen de psychiatrische behandeling. Maar polen hebben van nature de neiging tot polariseren. In dit artikel wordt nader ingegaan op het spanningsveld, dat tussen beide benaderingswijzen kan ontstaan. Met name komt de volgende vraag aan de orde: Is deze spanning, wanneer ze ontstaat, een functioneel gegeven, waarmee gewerkt kan en moet worden? Of moet deze spanning opgevat worden als een signaal, waarop psychotherapeut en sociotherapeut actie dienen te ondernemen om de spanning te doen verdwijnen, en hoe dient dit te geschieden?

Het spanningsveld

Om welke spanning gaat het?

Stelt U zich voor dat U aanwezig bent op een stafvergadering van

een neurosenafdeling van een psychiatrisch ziekenhuis. Er wordt een patiënt besproken die al 5 maanden is opgenomen wegens een neurotische depressie. Verschillende disciplines brengen verslag uit van hun aandeel in de behandeling en de resultaten daarvan. De verpleegkundigen maken melding van het feit dat er in het gedrag van de betrokken man op de afdeling weinig verandert. Hij is mogelijk wat minder depressief, maar zit de dagen wat uit, en probeert met allerlei smoesjes zich te onttrekken aan het programma. Hij stoort zich in toenemende mate minder aan de huisregels. Telkens wanneer een verpleegkundige hem confronteert met dit gedrag, haalt de betrokken patiënt z'n schouders op of hij komt in verzet. Hoe je hem ook benadert, er is geen beweging in hem te krijgen. De verpleegkundigen twijfelen aan zijn motivatie en aan het nut van een langer verblijf in het ziekenhuis. Ze stellen voor op korte termijn een ontslagdatum te plannen.

Daarna komt de psychotherapeut aan het woord. Hij vertelt hoe de betrokken patiënt, uit angst voor liefdesverlies, jaren lang nooit anders heeft gekund dan slaafs dat te doen wat de omgeving van hem verwachtte. Dit werd voor hem zo'n uitzichtloos leven, dat hij ernstig depressief werd. In de therapeutische gesprekken komt naar voren, dat de man zich steeds meer gaat verzetten tegen mensen, waarvan hij het gevoel heeft, dat ze hem de les willen lezen en waar hij altijd onder geleden heeft. Hij voelt koppigheid en boosheid in zich opkomen. De therapeut interpreteert het gedrag van de man op de afdeling op een heel andere wijze. Hij veronderstelt dat de man zich op de afdeling veilig en sterk genoeg is gaan voelen om te gaan experimenteren met andere vormen van gedrag. Kortom, de psychotherapeut vindt dat de man goed op gang gekomen is. Hem nu ontslaan is volgens hem het domste wat men kan doen.

Hoe worden deze disciplines het met elkaar eens? Als er gekozen wordt voor één van de voorstellen, dan is de ander de 'verliezer', hetgeen de verdere samenwerking binnen de staf niet ten goede zal komen. Kunnen deze verschillende opvattingen tot elkaar gebracht worden?

Psychotherapie en sociotherapie

De termen 'psychotherapie' en 'sociotherapie' vragen om verduidelijking. Psychotherapie werd in 1973 als volgt gedefinieerd door het Nederlands Instituut voor Psychologen, de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie en de Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie: 'Psychotherapie is het op wetenschappelijk verantwoorde wijze behandelen door een deskundige, die daarvoor is opgeleid, van patiënten, in die zin, dat zij hulp behoeven voor psychische moeilijkheden, conflicten of stoornissen, door middel van het op methodische wijze vestigen, structureren en hanteren van een relatie, teneinde de psychische moeilijkheden, conflicten of stoornissen op te heffen'. Blankstein, in zijn inleiding gehouden tijdens de voorjaarsconferentie van de Nederlandse Vereniging

voor Psychiatrie in 1976, tekent protest aan tegen de beginpassage in de definitie, omdat hierin een principiële ongelijkwaardige positie tussen de therapeut en de patiënt wordt uitgedrukt. Volgens deze definitie lijkt de verantwoordelijkheid geheel te berusten bij de deskundige psychotherapeut, aldus Blankstein. Het is een behandeling dóór een deskundige van een patiënt. De psychotherapeut kan dit doen, wanneer hij zich duidelijk in een meta-positie ten opzichte van de patiënt plaatst. Psychotherapie is volgens deze opvatting duidelijk een medische discipline (van Dijk, 1976).

Er zijn ook andere opvattingen over psychotherapie, waarbij niet uitgegaan wordt van zo'n expliciete en principiële ongelijkheid. In dit artikel wil ik me echter houden aan de bovenaangehaalde definitie, omdat deze omschrijving mijns inziens realistisch aansluit bij een zeer gangbare psychotherapeutische behandelpraktijk binnen psychiatrische ziekenhuizen.

Ten aanzien van het begrip 'sociotherapie' verwijs ik naar Edelson (1970). In zijn boek 'Sociotherapy and Psychotherapy' vat hij sociotherapie op als een behandelvorm, die gericht is op het sociale systeem, waarin de patiënt zich bevindt. De sociotherapeut legt zich toe op het opsporen van, en op directe wijze confronteren met sociale conflicten, die in de hier en nu situatie binnen de groep of het systeem leven, en waarin niet alleen de patiënt maar ook de sociotherapeut zelf zich bevinden. Tevens probeert de sociotherapeut voor het systeem een stimulans te betekenen tot het zoeken naar oplossingen voor deze conflicten. De sociotherapeut plaatst zich minder in een meta-positie ten opzichte van de patiënt, maar gaat deel uitmaken van diens systeem. Hij probeert een gunstige invloed uit te oefenen op het systeem waar hij zelf ook deel van uit maakt. De patiënt wordt aangespoord om hetzelfde te doen.

Binnen de meeste psychiatrische ziekenhuizen kennen we geen sociotherapeuten, maar wel psychiatrisch verpleegkundigen. Zij zullen zich waarschijnlijk het sterkst herkennen in de bovengenoemde beschrijving van de rol van sociotherapeut. Gedurende een aanzienlijk deel van hun werktijden maken verpleegkundigen deel uit van het sociale systeem waarin de opgenomen patiënt zich bevindt. Zij praten met de patiënten, drinken thee en koffie met hen, doen spelletjes met hen of gaan met hen wandelen. Kortom, ze maken een deel van het reële leven mee op de afdeling. Dat brengt met zich mee dat ze ook op een directe manier de spanningen zullen kunnen ervaren, die er op de afdeling kunnen heersen.

En hoe moeten ze daarop reageren? In de stafvergadering is de psychotherapeut geneigd een pleidooi te houden voor een begrijpende en tolerante houding. Hij beoogt hiermee de patiënt de gelegenheid te geven emotionele ervaringen op te doen, daarmee het psychotherapeutische proces, gericht op de binnenwereld van de patiënt een kans gevend. Wanneer men als verpleegkundige echter, in tegenstelling tot het ene uur, gedurende welke een psychotherapeut met een patiënt werkt, een groot deel van de dag met de patiënten optrekt, zullen onvermijdelijk ook directere gevoelens van sympathie, maar ook van irritatie een rol gaan spelen. De so-

ciotherapeutische discipline is er een voorstander van, om deze gevoelens te uiten en door te werken. De patiënt krijgt daardoor feed-back op z'n reële gedrag.

Verschillen tussen psychotherapeutische en sociotherapeutische behandelvormen

Ik wil nu eerst wat uitgebreider ingaan op deze beide behandel filosofieën, die duidelijk van elkaar te onderscheiden zijn. Men kan dit verschil goed illustreren aan de hand van een geschiedenis van het ontstaan van twee verschillende vormen van therapeutische gemeenschappen in Engeland. Vlak na de tweede wereldoorlog werden, onafhankelijk van elkaar, in Northfield en in Mill Hill, de fundamenteën gelegd voor twee modellen van therapeutische gemeenschappen: het psychotherapeutische en het sociotherapeutische model. Bij Mill Hill hoort de naam van Maxwell Jones, bij Northfield horen de namen van Main en Foulkes.

Maxwell Jones (1952) stond een therapeutische gemeenschap voor ogen met als doel 'the adjustment of the individual to social and work conditions outside without any ambitious psychotherapeutic programma'. Om dit doel te bereiken stelde Maxwell Jones een vijftal principes op, te weten:

- 1 Two-way-communication at all levels;
- 2 Decision making at all levels;
- 3 Shared leadership;
- 4 Consensus in decision making;
- 5 Social learning by social interaction here and now.

Bij Maxwell Jones staat dus het groepsgebeuren centraal. Deze groep wordt beheerst door het streven naar een democratische leefwijze (de eerste vier principes). Om deze democratie te bereiken en in stand te houden ontstaat een omvangrijk netwerk van interacties. Men heeft in de eerste plaats oog voor deze interacties en niet voor de (intra-)persoonlijke problematiek van de afzonderlijke individuen. Deze interacties worden in dagelijkse groepsbijeenkomsten en patiënt-staf-bijeenkomsten onder de loep genomen. Men bekritiseert elkaar en geeft elkaar feed-back. Zo ontstaat er een soort oefenterrein om anders met andere mensen om te leren gaan. Men kan dit nieuwe gedrag in praktijk leren brengen binnen de groep in de hier en nu situatie (het vijfde principe). Belangrijke figuren in dit gebeuren zijn de sociotherapeuten. Zij hebben hun inbreng bij het opsporen van en zoeken naar nieuwe oplossingen voor gerezen conflicten. Binnen het democratische gebeuren nemen ze een gelijkwaardige positie in in die zin dat ze kwalitatief hetzelfde doen als de patiënten. Kwantitatief bestaat er uiteraard wel een verschil in bijdrage aan het therapeutisch gebeuren.

Ter verduidelijking wil ik een klein praktisch voorbeeld geven. In de groep is besloten dat een patiënt de zorg heeft voor het schoonhouden van de huiskamer. Gebeurt dit niet of slecht, dan ontstaat irritatie bij de groep. Een sociotherapeut of een patiënt uit zijn boosheid over de rommel, waarin

hij of zij moet verblijven. Dit kan weer boosheid oproepen bij de nalatige patiënt of een groepje patiënten, die zich indirect ook aangesproken voelen. In de volgende patiënt-staf-meeting wordt dit incident door alle aanwezigen besproken en als het ware bestudeerd, zodat iedereen daaruit zoveel mogelijk lering kan trekken (social learning). Nieuwe huisregels, waarover iedereen het eens moet zijn, kunnen gemaakt worden. Patiënten en stafleden doen op eenzelfde niveau hieraan mee. Tot zover dit voorbeeld.

Het karakter van het psychotherapeutische model van een therapeutische gemeenschap in Northfield, waar Foulkes en Main werkten, verschilt op wezenlijke punten van het sociotherapeutische model van Maxwell Jones. De psychotherapeut neemt in dit model een zeer centrale plaats in. De groep krijgt niet zo duidelijk en expliciet de 'social learning' als basisfilosofie en doel om naar te streven voorgeschreven. De groep houdt zich aan een aantal regels, die een zekere mate van veiligheid en werkbaar klimaat binnen de groep waarborgen. Er is een principieel onderscheid in de taak van de patiënten en die van de stafleden, met name van de psychotherapeuten. De psychotherapeuten werken wel binnen de groep en met de groep. Zij hebben als eigen taak het op het juiste moment geven van interventies, gericht op intrapsychische problematiek. De psychotherapeut maakt dus enerzijds deel uit van de groep om te weten wat er gaande is binnen de groep; anderzijds staat hij buiten de groep (in een meta-positie), om vanuit deze positie zijn vakmatige interventies te kunnen geven. Main beschrijft de positie van de psychotherapeut als volgt: 'A technician among, rather than a superintendent of, his patients. . .' De interventies zijn in hoofdzaak gericht op de intrapersoonlijke problematiek van de individuele groepsleden, die vanuit de interacties binnen de groep zichtbaar kan worden. Het groepsgebeuren is van belang om de groepsleden, maar vooral ook de psychotherapeut in hun midden, de mogelijkheid te bieden om duidelijk te maken waar de conflicten voor elk groepslid afzonderlijk liggen.

Bij wijze van voorbeeld van deze psychotherapeutische behandelingsfilosofie stel ik nu hetzelfde conflict binnen de groep aan de orde als bij de bespreking van de sociotherapeutische visie, maar nu met een psychotherapeut in de groep. De groep heeft iemand uit hun midden aangewezen voor de taak van het schoonhouden van de kamer; dit gebeurt op een gegeven moment slecht, en er ontstaat steeds meer irritatie bij de andere groepsleden. Deze spanning wordt ook in de groepsgesprekken naar voren gebracht. De psychotherapeut is hier bij aanwezig en observeert wat er gebeurt in de groep, en welke rol de afzonderlijke groepsleden hier in spelen. Hij spreekt zich niet uit over wat zijn mening is ten aanzien van dit conflict. Hij probeert wel vanuit zijn algemene psychologische kennis, en zijn kennis van de psychologische moeilijkheden van de individuele groepsleden aan de groep en ieder afzonderlijk te verduidelijken wat ze aan het doen zijn. Deze interventies kunnen de verschillende individuen aan het denken zetten over de manier waarop ze met hun conflicten omgaan. De positie van de psychotherapeut is hier duidelijk en principeel ongelijk aan die van de patiënt-groepsleden. De psychotherapeut is hier behandelaar van zijn patiënten, overeenkomstig de eerdergenoemde definitie van psychotherapie.

Hij heeft een inbreng in de groep, die ook kwalitatief verschilt van de inbreng van de groepsleden.

Spanningen tussen psychotherapeutische en sociotherapeutische behandelvormen

Hinshelwood (1978) volgend, wil ik nu nader ingaan op de spanning, die tussen beide opvattingen kan bestaan. Het concept van Maxwell Jones, het sociotherapeutische model, is ontstaan vanuit het groeiende besef dat de groep zelf een grote curatieve kracht in zich herbergt. Maxwell Jones ging dan ook steeds meer nadruk leggen op het sociotherapeutische gebeuren binnen de therapeutische gemeenschap. Door sommigen van zijn volgelingen werd de psychotherapie verafschuwd. John Stuart Whiteley, die in het verleden samenwerkte met Maxwell Jones schreef in 1975: 'Het infiltreren van de psychotherapie in de groepsbijeenkomsten wordt door sommigen als catastrofaal gezien. Dit is zeker waar, wanneer de groepsinteractie onderbroken wordt door een individu, die allerlei onderwerpen aandraagt omtrent intrapersoonlijke redenen, en die door zijn psychotherapeutische interpretatie de onmiddellijke aandacht opeist. De 'therapeut' staat dan het therapeutische groepsproces duidelijk in de weg'. Tegen deze uitspraak waarin de therapeut als een soort vervelende stoorzender wordt afgeschilderd kan men moeilijk bezwaar maken. Wat echter meer te denken geeft is Whiteley's vervolg: 'Daar komt bij dat de psychotherapeut, wanneer hij het gedrag of uitlatingen van een individueel groepslid, of de groep als geheel interpreteert, zich buiten de groep plaatst, in een positie van superieure kennis. Op dat moment ontkent hij het wederkerige proces van de sociotherapeutische uitwisseling'. Whiteley doelt hier, naar mijn mening, op een voor een sociotherapeutische gemeenschap principiële schending van het democratische beginsel. Er is geen volledig open communicatie in twee richtingen. De psychotherapeut geeft zijn mening niet over de rommel in de huiskamer. Hij plaatst zich in een ongelijke positie.

Martin (1962) geeft een hele andere visie. Hij beschrijft eerst groeps gesprekken op een afdeling waarbij geen psychotherapeutische interventies gegeven worden. Aanvankelijk worden deze gesprekken gebruikt om klachten over praktische zaken of persoonlijke ergernissen naar voren te brengen. Hij noemt dit 'grumble sessions' (kanker-zittingen). De praktijk wijst uit dat dit soort bijeenkomsten kan leiden tot zeer wenselijke veranderingen: een beter en veiliger leefklimaat op de afdeling en een meer open en vrije verstandhouding tussen patiënten en staf. Na een aantal van deze groepsbijeenkomsten ziet men dat er steeds minder zaken naar voren gebracht worden. In de groep ontstaat er dan de neiging om de frequentie van dit soort gesprekken wat terug te schroeven, zogenaamd 'omdat er geen problemen meer zijn om te bespreken'. Geeft men nu een psychotherapeutisch geschoold staflid een plaats bij dit soort gesprekken, dan kan hij vanuit zijn vakkennis en zijn

positie als relatieve buitenstaander interpretaties proberen te geven over de meer verborgen interacties en onuitgesproken emotionele conflicten binnen de groep. Daardoor worden de gesprekken psychotherapeutische gesprekken. Zonder deze psychotherapeutische tussenkomst zou dit niveau nooit bereikt worden en zou men de kans lopen dat de interacties tussen de groepsleden als het ware zouden stollen tot op elkaar ingespeelde, tamelijk rigide rolpatronen.

Hinshelwood stelt dan ook dat we hier voor een principeel dilemma staan. De voorstanders van de psychotherapie stellen dat psychotherapie noodzakelijk is om intrapsychische conflicten boven tafel te krijgen, of zo men wil, bewust te maken. Pas dan is het individu in staat om zich anders in de groep te gaan gedragen. De tegenstanders van de psychotherapie stellen dat het groepsproces op zich de curatieve kracht in zich herbergt. Het groepsproces moet daarom op realiteitsniveau geactiveerd worden. Psychotherapie is daarbij helemaal niet nodig. De psychotherapeut kan het groepsproces zelfs ernstig verstoren.

Ook de socioloog Rapoport (1960) wees in een studie, gewijd aan het therapeutische programma van het Belson Hospital, op dit dilemma. Hij konstateerde dat er twee richtingen te bespeuren zijn binnen het therapeutische gebeuren. Aan de ene kant bevindt zich de psychotherapeutische richting die neigt naar non-directiviteit en permissiviteit. De intrapsychische problematiek kan daardoor aan het licht komen. De psychotherapeut plaatst zich min of meer buiten de groep om vandaar uit interpretaties te kunnen geven, gericht op het verduidelijken van die intrapsychische problematiek. Aan de andere kant bevindt zich de sociotherapeutische richting, die een 'hardere' lijn voorstaat. Zij confronteert de patiënten op een directe wijze met hun direct waarneembare gedrag en ze is gericht op resocialisatie en aanpassing aan de maatschappelijke omstandigheden buiten de kliniek.

Positie van de verpleegkundigen

Ik wil nu de specifieke problematiek van de therapeutische gemeenschappen laten rusten. Ik heb ze ten tonele gevoerd als modellen, waaraan goed te illustreren valt voor welke keuzen de werkers in de psychiatrische kliniek staan. Want deze problematiek is, mijns inziens, minstens even duidelijk herkenbaar op die afdelingen, waar men dan wel niet expliciet als therapeutische gemeenschap werkt, maar waar wel psychotherapie en sociotherapie samen het fundament van de behandeling vormen. Men heeft ook hier te maken met een groep patiënten, die voor een groot deel van de dag met elkaar optrekken. Ze moeten samen de afdeling leefbaar maken en houden. Allerlei interacties vinden plaats en vragen een antwoord, zowel van medepatiënten alsook van de staf. Aan patiënten kan op een afdeling de mogelijkheid geboden worden om zicht te krijgen op hun intrapsychische problematiek, deze problematiek door te werken en zo mogelijk op te lossen.

Daarbij is een zekere mate van permissiviteit en non-directiviteit noodzakelijk. Maar de patiënten moeten tevens rekening houden met de realiteit van het samen leven op een afdeling en zij moeten voorbereid worden op hun terugkeer in de maatschappij na het ontslag, hetgeen een confrontatie met de realiteit noodzakelijk maakt. Dit dilemma speelt vaak een grote rol in de discussies, die op stafvergaderingen gevoerd worden. Moet men iemand nu meer ruimte geven om te experimenteren of moet hem, met de realiteit rekening houdend, de wacht worden aangezegd? Het is, naar mijn mening, vooral de verpleegkundige, die ondervindt hoe moeilijk het is, om voortdurend beide belangen in het oog te houden.

Ik wil een voorbeeld geven. Het ene moment vraagt een depressieve patiënt, die nauwelijks meer komt tot enige activiteit een verpleegkundige te spreken. Gewapend met zijn kennis van de psychiatrie en scholing in gesprekstechniek luistert hij. Non-directieve, steunende, of ontlastende gesprekken vinden plaats. De patiënt voelt zich begrepen. Hij kan zich door dit soort gesprekken veiliger gaan voelen en ertoe komen zijn problematiek meer onder ogen te durven zien. Het volgende moment, wanneer de patiënt de afdelingsregels ernstig overtreedt, kunnen de rollen omgedraaid worden. De verpleegkundige vraagt nu de patiënt te spreken. In deze situatie staat niet het luisteren van de verpleegkundige op de voorgrond, maar confronteert hij de patiënt met de realiteit van zijn overtreding.

Of, om het probleem anders te stellen: Wat moet de verpleegkundige doen wanneer hij gevoelens van irritatie in zich voelt opkomen bij het eindeloos klagen van een hysterische patiënt? Is het juist om de irritatie rechtstreeks te bespreken zoals de sociotherapeutische school voorstaat? Het doel is daarbij de directe realiteitsconfrontatie. De patiënt kan hiermee z'n voordeel doen in de vorm van 'social learning'. Of moet de verpleegkundige ook nu vanuit een permissieve houding de patiënt de gelegenheid geven zijn klachten te uiten, zoals de psychotherapeutische school voorstaat?

Dit dilemma, waarvoor de verpleegkundigen zich geplaatst zien, is buitengewoon moeilijk. Zij moeten steeds keuzen maken en lijken minder gemakkelijk terug te kunnen vallen op een duidelijke, uitgekristalliseerde beroepsidentiteit, zoals de psychotherapeut die heeft. Met hun geringere opleiding staan zij misschien wel voor de moeilijkste taak. Wat is de identiteit van de verpleegkundige? Een mengvorm van permissiviteit en realiteitsconfrontatie? Laten deze beide benaderingswijzen zich wel mengen? Kan een en dezelfde persoon beide rollen wel afwisselend vervullen?

De dubbele werking van het 'systeem'

Het zijn moeilijke vragen, waar ik ook geen pasklare antwoorden op kan geven. Ik wil wel proberen om de context, waarin deze vragen naar voren komen nog wat verder te verduidelijken aan de hand van het begrip 'systeem'. Met Hinshelwood volg ik daarbij

de opvattingen van de socioloog Jaques (1955). Een systeem kan worden opgevat als een noodzakelijke matrix of stramien, waar het individu gebruik van maakt om een doel te bereiken. Zo is een papierfabriek een noodzakelijk systeem, met als doel het produceren van papier. Deze productie kan tot stand komen met behulp van allerlei factoren (arbeid, grondstoffen, machines etc.) Buiten de context van het fabriekssysteem zijn deze factoren op zich niet in staat om het doel, de papierproductie, te realiseren.

Een behandelafdeling van een psychiatrisch ziekenhuis kan ook worden opgevat als een systeem. Centraal staat als doel 'het beter worden' van de patiënt. De patiënt kon het individueel, of misschien juister gezegd, als individu binnen zijn systeem van zijn eigen gezin, werk etc. niet meer aan. Hij wordt in een ziekenhuis opgenomen en gaat daarmee tijdelijk over naar een ander systeem. Wat betekent dit nieuwe systeem voor hem? Bij zijn opname wordt de patiënt uitgelegd wat voor mogelijkheden de afdeling biedt, welke therapieën er zijn, hoe de dagindeling is, en welke huisregels er zijn. Hij maakt kennis met z'n medepatiënten, lotgenoten, mensen die globaal hetzelfde doel voor ogen hebben. De patiënt zal, als het klimaat redelijk is, zich inpassen in dit nieuwe systeem en aan het werk gaan. Het systeem fungeert hier voor de patiënt duidelijk als een waardevolle en noodzakelijke context om zijn doel, zijn 'genezing', te bereiken.

Maar dit systeem, en misschien wel elk systeem, heeft ook nog een andere, meer verborgen functie. De opgenomen patiënten zullen min of meer onbewust de neiging gaan vertonen om het ziekenhuissysteem te gaan gebruiken om de onzekerheden, angsten en schuldgevoelens af te weren, die tijdens het veranderingsproces de kop op kunnen steken. Het kan dan 'heel knus en gezellig' worden op de afdeling. Over problemen praat men niet. Men is lief voor elkaar en probeert elkaar zoveel mogelijk te sparen.

Het systeem kan dus op twee niveau's werken. Bewust werkt het systeem toe naar het herkenbare doel (het beter worden). Op een minder herkenbare manier probeert het systeem daarnaast ook de individuen tegen hun angsten te beschermen. De meer verborgen angstdempende functie van het systeem kán overigens heel nuttig zijn. Als men zich aansluit bij een groep, dus deel uit gaat maken van een systeem, dan voelt men zich veiliger, durft men meer en zal men gemakkelijker zijn doel bereiken.

Het optimale spanningsniveau

Ook binnen een psychiatrische afdeling is deze angstdempende en veiligheidsbiedende functie van het systeem noodzakelijk en nuttig. De vraag doet zich echter voor hoe veilig een afdeling moet zijn. Wordt de afdeling te veilig, dan komt men niet meer toe aan een veranderingsproces. De patiënten hoort men dan klagen, dat alles er wel lief en aardig aan toe gaat, maar dat er in wezen niets gebeurt. Zij voelen dat ze daar ook niets mee opschieten. Is de afdeling te onveilig dan komen de patiënten ook niet toe aan een

veranderingsproces. Ze praten niet meer met elkaar en met de staf. Ze trekken zich terug op hun kamers, blijven in bed liggen of onttrekken zich op andere manieren aan het afdelingsgebeuren. Men zou kunnen zeggen, dat ze zich onttrekken aan het voor hen te onveilige systeem.

Wanneer men nu dit overziet, dan kan men stellen, dat in beide gevallen, zowel het te veilige alsook het te onveilige klimaat, er een verstarring is opgetreden. Een verstarring, welke de patiënt belet om te veranderen of 'beter te worden'. Men kan hieruit concluderen dat een zeker spanningsniveau noodzakelijk is. Het klimaat mag niet te onveilig en niet te veilig zijn. De spanning is de drijfveer tot veranderen.

Taak van de psychotherapeut en de verpleegkundige

Opnieuw willen we nu de vraag bekijken, welke taken er voor de verpleegkundigen en de psychotherapeuten op een afdeling liggen. We zouden kunnen stellen dat beide disciplines functies hebben, die gericht zijn op het creëren en in stand houden van een zo optimaal mogelijk spanningsniveau, noodzakelijk als de motor voor het veranderingsproces van de patiënt. Rapoport onderkende, zoals eerder vermeld in zijn studie van het therapeutisch programma van het Belmont Hospital, een verdeling in twee groeperingen binnen de staf, elk met een eigen, soms wat tegengestelde, grondhouding. De psychotherapeuten richten hun aandacht op persoonlijkheidsveranderingen. Zij zijn veelal geneigd tot een tolerante, permissieve en non-directieve houding aan te nemen, hetgeen het spanningsniveau verlaagt. Zij doen echter meer. Immers in de beschrijving die Martin gaf van een afdelingsbespreking (de zgn. 'grumble sessions'), zagen we dat de groepsinteractie tot stilstand dreigde te komen bij gebrek aan psychotherapeutische inbreng. De psychotherapeut zal, als relatieve buitenstaander, van tijd tot tijd proberen om, in de groep of individueel, onuitgesproken of onbewuste conflicten boven tafel te krijgen. Deze interventies werken spanningsverhogend. Met andere woorden: de psychotherapeut drijft wiggen in het systeem, wanneer het systeem in een te sterke mate patiënten tegen hun angsten gaat beschermen. De sociotherapeuten zijn, volgens Rapoport, degene die een hardere lijn voorstaan. Vanuit directe confrontaties met de realiteit van het afdelingsgebeuren zullen zij de patiënt stimuleren tot het experimenteren met andere leefwijzen, in dienst van een betere sociale aanpassing. Deze confrontaties zullen het spanningsniveau verhogen. Maar ook hiermee is niet alles gezegd. De sociotherapeuten of de verpleegkundigen zullen, naast het confronteren met de realiteit, door hun permanentere en meer zichtbare aanwezigheid op de afdeling ook juist kunnen bijdragen tot het vergroten van de veiligheid op de afdeling. Patiënten kunnen op hen een beroep doen, als ze hun hart willen luchten over b.v. een moeilijke weekend dat ze achter de rug hebben. Zij kunnen patiënten eens op sleeptouw nemen, als ze niet alleen de stad in durven. Zij heb-

ben de gelegenheid om patiënten te helpen met reële problemen, indien en voorzover zij die problemen op dat moment zelf niet kunnen oplossen. Kortom, om in de termen van Winnicott (1960) te spreken: Zij moeten, naast hun confronterende taak, ook de rol proberen te vervullen van de 'good enough mother'. Wanneer men de taak van de psychotherapeuten en verpleegkundigen op deze wijze beschrijft, bestaat er niet zo'n duidelijke tegenstelling wat betreft hun positie ten opzichte van de patiënt. De psychotherapeut heeft niet uitsluitend een accepterende rol. Zowel in de groepszittingen alsook in de individuele contacten zal hij op de daartoe geëigende momenten door zijn interventies een activerende spanning proberen op te roepen. De verpleegkundige heeft anderzijds niet uitsluitend een confronterende rol maar soms ook een tolerante en accepterende rol. Beiden moeten eenzelfde doel voor ogen houden, namelijk het creëren van een zo optimaal mogelijk spanningsniveau en voldoende veiligheid op een afdeling.

De middelen, die hen daarbij ten dienste staan, verschillen zeer wezenlijk. Beide disciplines hebben hun eigen specifieke vakkundigheden en mogelijkheden om hun doel te bereiken. Ieder heeft z'n eigen rol in het systeem. Daarbij komt dat het van groot belang kan zijn, dat hetgeen in de psychotherapie besproken wordt, vertrouwelijk blijft. Een scheiding tussen psychotherapie en sociotherapie kan om deze redenen z'n nut hebben. Belangrijk is het te onderstrepen dat de positie van de verpleegkundige niet ondergeschikt maar nevensgeschikt is aan die van de psychotherapeut. De beide disciplines moeten, in nauw overleg met elkaar, steeds weer een gezamenlijke positie kiezen. Het gaat daarbij telkens om de vragen: Hoe veilig moet het voor het individu of voor de groep zijn? Hoeveel spanning kan het individu of de groep aan? Op een afdeling, waar een duidelijke spanning gevoeld wordt tussen de verpleegkundigen en psychotherapeuten, moet naar mijn idee dan ook in de stafvergadering de vraag aan de orde komen, of men wel op één lijn zit wat betreft de opvattingen over de veiligheid en het spanningsniveau. Het is, mijns inziens, een foute zaak wanneer men een scheiding tussen psychotherapie en sociotherapie gaat aanbrengen om de spanningen, die er hieromtrent in het behandelings-team gevoeld kunnen worden, uit de weg te gaan.

Literatuur

- Bierenbroodspot, P. (1969), *De Therapeutische Gemeenschap en het traditionele psychiatrische ziekenhuis*. Boom, Meppel.
- Blankstein, H. (1976), Psychotherapie als vorm van agogisch handelen. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 2, 101-110.
- Dijk, W. K. van (1976), Psychotherapie en medische discipline. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 2, 111-124.
- Edelson, H. (1970), *Sociotherapy and Psychotherapy*. The University of Chicago Press, Chicago.
- Hinshelwood, R. D. (1978), Psychotherapy and the 'Community Personality'. Lezing voor the British/Dutch Conference on Therapeutic Communities, Windsor, U.K., 18-21 sept. '78 (ongepubliceerd).

- Jaques, E. (1953), On the dynamics of Social Structure. *Human Relations*, 6, 3-24.
- Jones, M. (1952), *The therapeutic Community*. Basic Books Inc., New York.
- Martin, D. (1962), *Adventure in Psychiatry*. Bruno Cassirer, Oxford.
- Rapoport, R. (1960), *Community as Doctor*. Tavistock, London.
- Whiteley, J. S. (1975), The large Group as a Medium for Sociotherapy. In: *The Large Group*, Lionel Kreeger (Ed.). Constable, London.
- Whiteley, J. S. (1978), The development of a sociotherapeutic model in a Therapeutic Community. Lezing voor het British/Dutch Conference on Therapeutic Communities, Windsor, U.K. 18-21 sept. '78 (ongepubliceerd).
- Winkler, W. Th. (1966), Indicationen und Prognosen zur Psychotherapie der Psychosen. *Zeitschr. Psychotherapie, Med. Psychologie*, 16, 41-50.
- Winnicott, D. W. (1960), Ego distortion in terms of true and false self. In: Winnicott, D. W. (1965). *The maturational Processes and the facilitating environment*. The Hogarth Press, London.