

## SOCIALE PSYCHOLOGIE EN PSYCHIATRISCHE REVALIDATIE

door Drs. J. C. LOOS, klinisch psycholoog  
(psychiatrisch ziekenhuis „Veldwijk”, Geneesheer-directeur:  
Dr. H. van Andel)

In het volgende wil ik uw aandacht vragen voor wat wij hier verstaan onder psychiatrische revalidatie. Waar het mij vooral om gaat is een beeld te schetsen van alle mogelijke variabelen die in dit werk een rol spelen. Psychiatrische revalidatie is een zaak die enerzijds nauw samenhangt met de organisatorische structuur van het psychiatrisch ziekenhuis, anderzijds nauw gelieerd is met het klimaat waarin het gebeurt.

Ik heb bewust de term sociale psychologie gekoppeld aan het begrip revalidatie, en bedoel hiermee gedragswetenschap. Dat de gedragswetenschappen in hun toepassing een plaats en functie in het psychiatrisch ziekenhuis hebben verworven is een gelukkig verschijnsel, ik denk hier b.v. aan de klinische sociologie.

De sociale psychologie houdt zich bezig met de interactie en verhouding tussen mens en omgeving. Deze heeft t.a.v. het psychiatrisch ziekenhuis en inrichtingswezen interessante gegevens opgeleverd over de betekenis en de aard van het zogenaamde hospitalisatie-syndroom als voorbeeld hoe de psychiatrisch zieke mens ook aan zijn omgeving kan lijden, respectievelijk hiervan de negatieve invloed ondergaat en ervaart.

Het denken en doen vanuit zogenaamde modellen, heeft ons niet altijd gevrijwaard voor een wat eenzijdige kijk t.a.v. de psychiatrische patiënt en zijn omgeving.

POSLAWSKY heeft in zijn voor het ziekenhuiskongres gehouden referaat er op gewezen dat alles wat er gebeurt in een omgeving waar patiënten verblijven, zich afspeelt in een sociale context.

Het zal U bekend zijn dat vanuit het sociale model (denken) bijzondere aandacht is gegeven aan de betekenis van het gedrag. De sociaal psycholoog is geneigd om vanuit zijn discipline het begrip ziekte te vertalen in gedragsterminologie.

In hoeverre dit een reductie betekent van het ziektebegrip staat te bezien. Therapeutisch heeft dit belangrijke consequenties. Ik denk b.v. aan de in de literatuur meermalen gestelde vraag in hoeverre ons medisch klassifikatiesysteem zich nog leent als criterium voor indicatie van bepaalde therapieën (POSLAWSKY).

Zou een gedragscriterium geen betere indicaties opleveren, uitgaande van het feit dat de psychiatrische patiënt ons en zichzelf konfronteert met (vaak langdurig) onaangepast gedrag? Behandelen in deze zin impliceert dan vooral het weer aanleren van nieuwe (aangepaste) gedragsvormen en/of oude rollen, want ook ziekelijk gedrag is rolgedrag.

Zelf zie ik t.o.v. dit medisch model enerzijds, gedragsmodel anderzijds, geen 'scheiding der geesten', maar een welkome aanvulling van twee verschillende uitgangspunten die elkaar meer aanvullen dan uitsluiten. We zouden in het kort de volgende toepassingsgebieden van de sociale wetenschappen met betrekking tot het psychiatrisch ziekenhuis kunnen formuleren.

- 1 De organisatorische structuur van het psychiatrisch ziekenhuis. Hier vallen onder begrippen als leidinggeven, formele en informele aspecten van organisatie, beslissingsniveaus, communicatiekanalen.
- 2 Het psychiatrisch ziekenhuis als leef- en therapeutische gemeenschap. Hier gaat het meer om het relatiepatroon tussen alle betrokkenen, rol en status van patiënten en personeel.
- 3 Behandeling en benadering van de geestelijk gestoorde mens. Hier staat centraal het rolgedrag van de patiënt, gezien als resultante van een ongunstige wisselwerking tussen mens en milieu, tussen psychodynamische en omgevingsfactoren. Therapeutisch impliceert dit met name gedragsbeïnvloeding, gedragsmodificatie en gedragsbeoordeling.

Een opmerking over de structuur van het psychiatrisch ziekenhuis. Deze is de laatste jaren het onderwerp van veel sociologische studies geweest. Ik denk aan publikaties van GOFFMAN, LEVINSON en GALLAGHER. Legt de eerste vooral het accent op het institutionele karakter van het psychiatrisch ziekenhuis, waarbij hij een noodzakelijk spanningsveld constateert tussen systeemdragers en betrokkenen, de twee laatstgenoemden brengen het begrip structuur in verband met de verschillende functies die het psychiatrisch ziekenhuis heeft ('instrumental goals'). Zo zien we in de loop van de historie het aantal functies toenemen: behandel-, opleidings-, revalidatie- en researchfunctie naast de oudere als asiel (opbergfunctie), beschermende en verzorgingsfunctie.

In het onderstaande wil ik graag uw aandacht vragen voor de revalidatiefunctie.

Ik doe dit ook weer tegen de achtergrond van enkele belangrijke publikaties, die voor ons revalidatiewerk min of meer als uitgangspunt hebben gediend.

Psychiatrische revalidatie definiëren we als een reeks van maatregelen en therapeutische activiteiten die een zo duidelijk mogelijke konfrontatie met de werkelijkheid beogen, met als doel een optimaal sociaal functioneren van de patiënt. Sociale — gewoonte — en funktietraining vormen een belangrijk onderdeel van ons psychiatrische revalidatiewerk. Het voorkómen van sociale isolering, de bestrijding van het hospitalisatie- en artefaktsyndroom krijgen gestalte binnen het sociotherapeutisch milieu dat wij onze patiënten aanbieden, d.w.z. een milieu gekenmerkt door een veelheid van elkaar afwisselende activiteiten, met mogelijkhe-

den voor een zoveel mogelijk individuele begeleiding van de patiënt. De patiënten zijn ingedeeld in kleine groepen. Steeds weer zijn we vanuit onze ervaringen in de revalidatie-afdelingen het belang en de waarde in gaan zien van de groepsverpleging.

MAXWELL JONES, RAPOPORT e.a. hebben uitvoerig verslag gedaan van hun ervaringen met het psychiatrisch ziekenhuis als therapeutische gemeenschap.

Aan de konkretisering van deze gedachte zijn we nog niet toe. Niet voor niets zijn experimenten met het doel op bepaalde afdelingen deze therapeutische gemeenschap te realiseren tot voortijdig afbreken of mislukking gedoemd geweest, omdat ze niet realiseerbaar waren binnen de totale structuur en organisatie van het ziekenhuis.

Het stelt zware eisen aan alle betrokkenen en het is evenzeer een kwestie van mentaliteit als van voorzieningen.

Wat we in onze revalidatie-afdelingen aan milieutherapeutische ervaringen tegenkomen bevestigt in grote trekken bepaalde literatuurgegevens. De belangrijkste wil ik in het kort noemen:

— De omstrukturering van een kustodiaal in een therapeutisch milieu. Dit vereist naast technische en outillage voorzieningen, een aantal geschoolde medewerkers, verpleging in groepen en ruimte voor een therapeutisch aandeel van alle betrokkenen.

— De vorming van een revalidatieteam vergt minder tijd dan het functioneren in teamverband. Het inspelen op elkaar en de doorbreking van hiërarchische statusverhoudingen kost tijd.

— Medewerkers vanuit verschillende disciplines (arts, psycholoog, psychiatrisch sociaal werker, onderwijzer, verpleging) moeten elkaar vinden ten opzichte van een gemeenschappelijke taak. Dat levert uiteraard spanningen en rolconflicten op.

We hebben hier de door JONES vermelde stelling bevestigd gezien dat emotionele conflicten niet uit de weg moeten worden gegaan, maar in tegendeel moeten kunnen functioneren als leersituaties ('social learning').

— Introductie, tijdige informatie aan alle betrokkenen (patiënten en personeel) het opstellen van individuele behandelingsplannen en het in kennis stellen van alle betrokkenen is een noodzakelijke voorwaarde.

— Het systeem moet flexibel zijn; naast formele regels, afspraken en verhoudingen moeten zich informele kommunikatiepatronen kunnen ontwikkelen.

Van belang is dat voorkomende conflicten en problemen zoveel mogelijk opgelost kunnen worden op het niveau waarop ze zich voordoen. Beslissingen moeten op elk niveau genomen kunnen worden.

Dit is met name van belang voor de laagstgeplaatsten binnen het verplegingskader. Democratisering van de structuur houdt in dat we de organisatorische opbouw afstemmen op het uitvoerings- en los van het hiër-

archisch niveau (MAC. GILLAVRY). Het is nu eenmaal zo dat het lagere kader het belangrijkste werk doet. Daarom moeten ze nauw betrokken worden bij het therapeutisch programma en de uitvoering ervan.

Het lijkt me beslist niet noodzakelijk voor dit werk sociotherapeuten in te schakelen. Wij hebben hier de ervaring opgedaan dat verplegers en verpleegsters met een aanvullende opleiding na het B-diploma (met als onderdeel o.a. de klinische sociologie als leervak) het uitstekend doen in een sociotherapeutisch kader.

— De zojuist genoemde flexibiliteit binnen de afdelingsorganisatie stelt ons ook voor het probleem van de tolerantie. Starre dwang en konformiteit zijn uiteraard niet bevorderlijk voor een therapeutisch klimaat, evenmin echter algehele tolerantie.

Steeds zal opnieuw de tolerantiegraad moeten worden vastgesteld, t.o.v. therapeutische eisen in uiteenlopende situaties. Wij passen in principe een systeem toe van positieve en negatieve conditionering (ik moge in dit verband verwijzen naar het uitstekende boek van SCHAEFFER en MARTIN — Behavioral Therapy — speciaal t.b.v. het verplegend personeel geschreven).

Ook de zogenaamde 'Attitude Therapy' vormt een essentieel onderdeel van de verpleegkundige verhouding tot de patiënt.

In feite komt dit hierop neer, dat er een viertal benaderingswijzen worden onderscheiden:

- actieve tegemoetkomendheid,
- passieve tegemoetkomendheid,
- een zakelijke benadering,
- een uitgesproken direktieve benadering.

Het geheel komt neer op een verbale konditioneringsmethode.

Poogde ik tot nu toe de psychiatrische revalidatie te plaatsen binnen het raam van de gedragswetenschappen in het algemeen, thans wil ik ingaan op de psychiatrische revalidatie zoals deze zich in konkreto in het psychiatrisch ziekenhuis 'Veldwijk' manifesteert.

Wij kennen hier vier revalidatie-afdelingen waarvan twee als ontslag- of resocialisatie-afdelingen kunnen worden beschouwd.

Deze laatste twee afdelingen hebben elk een bezetting van 22 patiënten. De twee eigenlijke revalidatie-afdelingen zijn groter (een damespaviljoen van 40 patiënten, een herenpaviljoen van 29 patiënten).

Ik wil mij thans beperken tot deze laatste twee afdelingen. Het therapeutisch team bestaat voor elke afdeling uit 1 arts, 1 psycholoog, 1 psychiatrisch sociaal werker(ster), 1 afdelingshoofd, 4, resp. 3 groepsleiders(ster), dit zijn gediplomeerde verplegers en verpleegsters en voor elke afdeling 5 leerling verplegers(sters).

Beide afdelingen hebben één afzonderlijk team, hoewel de samenwerking nauw is en de werkwijze parallel.

De psycholoog funktioneert in beide afdelingen en vormt als het ware de

verbindingsschakel.

Hij koördineert alle niet medikamenteuze therapieën en coachet de groepsleiding inzake gedragsbeïnvloeding, konditioneringsmethoden en het werken met (gedrags)beoordelingsschalen.

De patiëntenbestand van de twee revalidatie-afdelingen bestaat hoofdzakelijk uit sterk gehospitaliseerde chronische schizofrenen. De gemiddelde verpleegduur van de damespatiënten is 12 jaar en 4 maanden, van de heren 14 jaar en 6 maanden. De leeftijden variëren van 19—68 jaar (gem. leeftijd 48). De opnamecriteria zijn ruim, niet voor opname — en voor eventuele terugplaatsing — komen in aanmerking ernstige gedragsstoornissen, oligofrenen en ernstige depressies. De patiëntengroepen zijn heterogeen van samenstelling, dat wil zeggen de spreiding over alle groepen is ongeveer gelijk. De indeling van de patiënten voor de verschillende groepen werd gebaseerd op gedragsbeoordelingsgegevens aan de hand van de W.A.V. (Warnsveldse Aanpassingsschaal voor Verpleegafdelingen).

Vermeldt dient dat aanvankelijk gewerkt werd met homogene groepen, groepen van verschillende niveaus. Hier zijn we na een half jaar op teruggekomen. Het voordeel van groepsindeling op heterogene basis is meer spreiding en variatie van stimuli en gedragingen.

Voor het therapeutisch programma is een rooster samengesteld, dit is voor de dames iets anders dan de heren. Bij de heren ligt het accent vooral op de arbeidstraining. Na een observatie-periode op het arbeidstrainingscentrum en op basis van een handvaardigheidsonderzoek, eventueel uitgebreid met andere testgegevens worden ze geplaatst op één van de trainingsafdelingen.

Hier worden ze wekelijks beoordeeld met de Graffelschaal. De normen die wij op het arbeidstrainingscentrum hanteren zijn vooral ontleend aan de beschuttende werkplaats. Hier komt het merendeel van de patiënten ook terecht. Wij trainen dus vooral op werkplaatsniveau.

Voor de damespatiënten is het trainingsprogramma afwisselender. Alle dames volgen b.v. een driemaandelijks huishoudkursus (koken, wassen en naaien). Hiervoor hebben we een uitgebreide en gevarieerde apparatuur tot onze beschikking. Het kernrooster omvat voor alle patiënten (dames en heren) de volgende onderdelen:

- groeps gesprekken,
- sport,
- onderwijs (hiervoor is een onderwijzer full-time in dienst).

Het onderwijs omvat in grote trekken algemene ontwikkelingskursussen en maatschappijleer o.a. aan de hand van filmmateriaal (via de St. Ned. Onderwijsfilm).

Bij het hele trainingsprogramma ligt trouwens het accent op de functie-training het stimuleren van verbale en nonverbale uitdrukkingsmogelijkheden).

Naast deze groepsactiviteiten speelt de individuele training een grote rol. In het dienstrooster van de verpleging is hier speciaal tijd voor vrijgemaakt.

Uitgangspunt voor deze individuele training zijn de categorieën op de beoordelingsschalen die relatief het laagste worden gescoord.

Verschillende beoordelingsschalen werden de laatste twee jaar uitgeprobeerd. Het nadeel van de WAV is dat deze (althans voor de revalidatie-afdelingen, maar dit geldt tevens voor de opname-afdelingen) te weinig differentieert in de hogere gedragsniveaus.

Ook de Dolderse Schalen hebben het nadeel dat ze te zeer zijn afgestemd op een specifieke populatie (jeugdige debielen en zwakbegaafden). Voor ons doel en onze populatie zijn de P.U.K.-schalen het meest geschikt. De verpleging werkt hier ook graag mee. Het grote voordeel van deze schalen is dat de verpleging relevant gedrag leert observeren en beoordelen, aan de hand van voorgeschreven gedragscategorieën. Voor elke afdeling werd de interbetrouwbaarheid van de meervoudige beoordelaar vastgesteld. Deze is, althans na 3-4 maal beoordelen onafhankelijk van elkaar significant. Bovendien meten deze schalen het effect van een therapeutisch programma.

Zo bleek b.v. dat de sociale scores van de damespatiënten op de Graffelschaal significant hoger lagen dan bij de heren, terwijl het verschil in werkscores niet significant was.

Ook bleek dat, over een periode van een jaar gezien, het grootste effect werd gemeten na een half jaar:

— voor de damesafdelingen:

- na 3 maanden: 7 patiënten significant vooruit  
5 patiënten significant achteruit
- na 6 maanden: 13 patiënten significant vooruit  
4 patiënten significant achteruit
- na 1 jaar : 8 patiënten significant vooruit  
5 patiënten significant achteruit

(12 dames niet significant vooruit)

( 6 dames niet significant achteruit)

Een klein overzicht van de patiëntenmutaties na één jaar (het betreft hier weer de damesafdelingen):

- 4 dames verbeterd of hersteld naar huis ontslagen (eigen milieu)
- 2 dames naar verpleegtehuis ontslagen
- 5 dames overgeplaatst naar het ontslagpaviljoen.

Teruggeplaatst werden in dat jaar (1968) 8 dames.

Het totale doorstromingsgetal was 19, wat iets minder dan de helft van de totale populatie bedraagt.

Tot slot nog één opmerking over de zogenaamde familiedagen die het laatste jaar hier werden gehouden. Uiteraard zijn de familiecontacten van langdurig verpleegde patiënten schaars geworden. Het herstel van

deze contacten is voor de patiënten van groot belang.

Na opname in de revalidatie-afdeling wordt van elke patiënt een milieu-peiling gedaan door de sociaal psychiatrisch werker; daartoe worden de familieleden bezocht en geïnformeerd over de situatie van de patiënt. De ervaringen met de familiedagen (1 maal per jaar wordt de familie uitgenodigd van twee groepen patiënten) waren bijzonder nuttig. Verkeerde beeldvorming kon worden gecorrigeerd. Bovendien bood dit de gelegenheid de familie te informeren over alle mogelijke behandelingsaspecten en konden ze zich ter plaatse oriënteren t.o.v. het milieu waarin de patiënt wordt verpleegd. Door familie en patiënten werden deze dagen zeer gewaardeerd. Ook de bereidheid om de patiënten regelmatig te bezoeken of thuis te ontvangen nam hierdoor toe.

Ik heb hiermee niet meer dan een globaal overzicht kunnen geven van wat onze psychiatrische revalidatie inhoudt. Voortdurende evaluatie en research zijn nog nodig om dit werk verder uit te bouwen en aan te passen aan de eisen van deze tijd en die van de maatschappij.

#### SUMMARY

*The following fields of application, belonging to the social behavioral sciences are mentioned:*

- 1 *The organisational structure of the psychiatric hospital.*
- 2 *The psychiatric hospital as a therapeutic community.*
- 3 *Treatment and approach of the mentally deficient.*

*With regard to the connection between structure and function of the psychiatric hospital special attention is paid to the rehabilitation of the hospitalized patients. From literature-data and on the strength of own experiences within the psychiatric hospital „Veldwijk” in Ermelo these aspects are explained more fully.*

#### LITERATUUR

- Albee, G. W. 'Contributions of clinical Psychology to mental Health', XVI Intern. Congress of applied Psychology (1968).
- Kirson Weinberg, S. *The sociology of mental disorders*, Aldine Publishing Company (Chicago 1967).
- Levinson, D. J. en E. B. Gallagher *Patienthood in the mental hospital*, Houghton Mifflin Company (Boston 1964).
- Mac Gillavry, D. H. D. 'De inrichtingsorganisatie in relatie tot het individuele behandelingsplan', *Maandblad voor de Geestelijke Volksgezondheid* (jaargang 22 nummer 1).
- Jones, M. *Social psychiatry in practice*, Penguin Books Ltd. (1968).
- Jones, M. *Beyond the therapeutic community*, Yale University Press (1968).
- Poslawsky, A. 'Het psychiatrisch ziekenhuis als centrum van wetenschappelijk onderzoek' (voordracht *ziekenhuis-congres* 1968).
- Punell, G. 'Entwicklung von Anstaltsartefakten und deren syste-

- matischen Behandlung', *Referaat Gütersloher foribildungswoche* (1967).
- Rapoport, R. N. *Community as doctor*, Tavistock Public (1960).
- Schaeffer, H. H. en *Behavioral therapy* McGraw-Hill Book Company, Inc. (London 1969).
- L. P. Martin *A psychological approach to abnormal behavior*, hoofdstuk I. Prentice-Holl., Inc. (1969).
- Ullman, L. P. en
- L. Krasner

#### VERANTWOORDING

In dit nummer zijn de voordrachten gebundeld, welke Van Andel, Loos en Stöfvel op 7 juni 1969 gehouden hebben in Ermelo voor een gecombineerde vergadering van de Nederlandse Vereniging van Psychiaters in Dienstverband en de afdeling Psychiatrie van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie en Neurologie met als thema 'Vragen rondom psychiatrische revalidatie'.

Verder vindt U in dit nummer het vervolg van het artikel van Boerman over narcotica-misbruik in Zweden, waarvan het eerste deel verscheen in 1970/2-3 van dit tijdschrift.