

MILIEUTHERAPIE EN SOCIOTHERAPIE*

door Dr. J. JANSSEN en Prof. Dr. R. PIERLOOT **

INLEIDING

In het geheel van de theorieën en praktijken in verband met het ontstaan en behandeling van psychische afwijkingen ziet men dat, naast de klassieke organische en psychologische gezichtspunten, de sociale factoren een steeds belangrijker plaats innemen. Hierdoor ontstond ook een meer wetenschappelijke benadering van de invloed van het milieu op het ontstaan, evolutie en behandeling van de psychiatrische symptomen. Vooral de psychiatrische kliniek als sociale omgeving kwam hierbij in de belangstelling, en op dit terrein is het werk van sociologen op psychiatrisch gebied opvallend (b.v.: Schwartz, Caudill, Levy, Nuyens).

Het ligt niet in onze bedoeling een uitputtende literatuurstudie te maken noch een volledig pasklare oplossing voor de kliniek te brengen. Wij willen enkel trachten het manipuleren van de sociale factor in de milieutherapie wat duidelijker te maken. Zowel enkele recente discussies in de literatuur (bv.: Zeitlyn en Nuyens) als organisatorische problemen in onze eigen kliniek hebben ons hiertoe aangezet.

Inderdaad, terwijl we voor de organische therapieën en de psychotherapeutische methodes min of meer weten wat we ervan kunnen verwachten en hoe ze aangewend moeten worden, kan dit voor de invloed van het milieu, van de sociale factor, niet altijd gezegd worden. Zoals in elke medische relatie altijd een psychologisch therapeutisch effect geweest is, en men toch maar sinds het werk van Freud echt van psychotherapie kan spreken, is er in elke psychiatrische kliniek altijd de invloed van het milieu geweest, en stelt zich slechts tamelijk recent het uitwerken hiervan tot een gestructureerde milieutherapie, wat wij sociotherapie zullen noemen. STANTON (1965) schrijft in dit verband: 'Not everything that has a therapeutic effect should be regarded as therapy; to speak of therapy is to speak of a procedure undertaken with a therapeutic end in view and with at least a minimum of informed and methodological planning entering into its use'.

In een eerste deel willen wij trachten een structuur en theoretisch houvast te brengen voor een verantwoorde milieutherapie, terwijl wij in een tweede deel enkele problemen bespreken die zich bij de concrete realisatie hiervan voordoen.

* Lezing gehouden op de vergadering van de Vereniging van Vlaamse Zenuwartsen, Antwerpen, 18 april 1970.

** Uit de Universitaire St. Josefkliniek voor Psychiatrie te Kortenberg (Directeur: Prof. Dr. R. Pierloot).

I SOCIOTHERAPIE ALS MILIEUTHERAPIE

1. Probleemstelling: De noodzaak van een verantwoord therapeutisch gebruik van het algemeen sociaal klimaat in de psychiatrische kliniek — In de loop der jaren heeft het gebruik van het algemene klimaat als therapeutisch middel nauw samengehangen met de verschillende — deels historische — opvattingen over psychisch-ziek-zijn (zie Perrow, Ayme et al). Na een eerste 'menslievende' aanpak in het begin der 19e eeuw (Esquirol, Pinel, 'moral treatment') volgde een periode van therapeutische passiviteit, waar vooral de toenmalige organicistische visie voor verantwoordelijk was: men kon niets anders doen dan de patiënt bewaken en beschermen. In het begin der 20e eeuw kwam hierin verandering: het baanbrekend werk verricht door Herman Simon, de ontdekking der organisch gerichte — min of meer effectieve — behandelingsmethoden en de ontwikkeling van de psychoanalyse maakten de tussenmenselijke relaties en de sociale activiteiten in de psychiatrische kliniek tot een belangrijk therapeutisch objectief. Hierdoor werd het niet alleen mogelijk een groot aantal patiënten terug in de normale maatschappij te brengen, wat op zichzelf reeds een belangrijk sociaal aspect van de psychiatrie is, maar werd ook een ganse reorganisatie van de psychiatrische kliniek nodig. Het belangrijkste doel was immers niet langer de patiënt te bewaken, maar wel een zo snel en adequaat mogelijke resocialisatie te bereiken, of ten minste een maximaal behoud van gezonde activiteit. De ganse omgeving in de kliniek moest gezien worden als een verlenging van of een voorbereiding op de gemeenschap buiten de kliniek.

De toenemende bekommernis voor resocialisatie en reactivatie en de ontwikkeling van meer psychologische behandelingsmethoden gaf het ontstaan aan allerlei georganiseerde groepsactiviteiten (verbaal en niet-verbaal) in de psychiatrische kliniek, waarbij de individuele patiënt-therapeut relatie een al dan niet belangrijk onderdeel vormde.

Hierbij kwam men dikwijls tot een rigoureuze dagindeling voor de patiënt maar waarbij tal van factoren buiten de zogenaamde 'therapieën' werden verwaarloosd. Men vergeet immers al te gemakkelijk dat de patiënt in feite het grootste gedeelte van de tijd overgelaten wordt aan het brede algemeen sociale klimaat in de kliniek. Het belang van dit klimaat en de rol van de interacties binnen de groep der patiënten en der niet-patiënten, en tussen deze groepen onderling, werd steeds meer benadrukt. De gegevens der sociale wetenschappen (sociale psychologie en psychiatrie, sociologie) enerzijds en concrete observaties anderzijds (b.v.: CAUDILL, 1958 en STANTON, 1965) beïnvloeden zeker mede deze ontwikkeling. Daarenboven hebben bepaalde filosofische en sociale stromingen in de maatschappij in het algemeen hierin een belangrijk aandeel gehad; de studie hiervan valt buiten het kader van dit artikel. Het betrekken van alle interacties van de kliniek in het thera-

peutisch proces werd wellicht het best ontwikkeld door Maxwell Jones in zijn principes over de Therapeutische Gemeenschap. 'It (therapeutic community) is organised and developed in order to make available for treatment purposes all relationships and all activities in the life of the patient'. (KRAFT).

Terwijl we dus enerzijds vaststellen dat het belang van het milieu in al zijn facetten in de psychiatrische kliniek toeneemt, is er anderzijds een gebrek aan een duidelijk geconceptualiseerd gebruik van deze sociale factor in het geheel van de therapeutische aanpak. Om tot een gestructureerde, methodologische benadering te komen, menen wij dat volgende elementen moeten bestudeerd worden (zie CUMMING E.):

a men moet een theorie hebben over het therapeutisch aanknopingspunt: wat is het doel, het objectief, hoe werkt het milieu therapeutisch?

b wat zal onze strategie zijn, onze techniek om dat te verkrijgen?

c welke structuren hebben wij daarvoor nodig?

M.a.w. er is behoefte aan een systematisch methodologisch gebruik van die factoren uit het milieu die therapeutisch werkzaam zijn; het zodanig manipuleren van het sociale milieu willen wij sociotherapie noemen.

2. *Theoretische opvatting over het therapeutisch effect van sociotherapie* — Wanneer we veranderingen wensen aan te brengen in de persoonlijkheid van de patiënt door gebruik te maken van het manipuleren van de omgeving, hebben we een theoretische basis nodig over de verhouding tussen de manier van functioneren van de gemeenschap en de persoonlijkheid van haar leden (CUMMING en CUMMING, 1965). In dit verband kan men stellen dat, wat men van een psychiatrische behandeling verwacht een optimale aanpassing is (JONGERIUS), d.w.z. een op juiste wijze rekening houden zowel met de gegevens van de omwereld als met zijn eigen verlangens en behoeften. Het Ego wordt algemeen aangezien als die instantie in de persoonlijkheid, die voor deze taak instaat. De ontwikkeling der Ego-psychologie, vooral sinds het werk van H. Hartmann, heeft het mogelijk gemaakt de therapeutische invloed van het milieu duidelijker te omschrijven, op een basis die zowel in een meer psycho-analytische als gedragstherapeutische visie aanvaardbaar is (zie Balint, Cumming E., Dyrud et al.). Inderdaad, wat men in de sociotherapie nastreeft komt in feite neer op een Ik-versterking. Wanneer elke therapie wel ergens met Ik-versterking te maken heeft, kan men hierbij toch op verschillende manieren te werk gaan (Cumming E.). Men kan een klassiek psychotherapeutisch standpunt innemen en langs het reduceren van het intra-psychisch conflict het Ego beter in staat stellen een optimale aanpassing te verwezenlijken. Hiervoor is een zekere vorm van inzicht nodig, waarbij de patiënt zich tenminste moet bewust worden van zijn moeilijkheden in de actuele tussenmenselijke

relaties en er de nodige besluiten uit moet kunnen trekken. Anderzijds kan men zich rechtstreeks richten op de adaptatiefuncties van het Ego, die sinds Hartmann als min of meer autonome functies gezien worden, d.w.z. een relatief onafhankelijk bestaan hebben ten opzichte van de conflicten.

Door de patiënt in een omgeving te brengen waarin hij geconfronteerd wordt met een variëteit van relatievormen, en waarin hij verplicht wordt tot het nemen van verantwoordelijkheid en initiatief, verwacht men een progressieve groei van zijn aanpassingsvermogen; zoals STANTON (1965) schrijft: 'damaged Ego-functions recover in part by crisis resolution, involving necessarily an environment offering manageable problems for patients to solve'. Het geeft de mogelijkheid te oefenen, zonder onmiddellijk met de sociale normen geconfronteerd te worden. Door het rechtstreeks verhogen van de sociale en eventuele instrumentele bekwaamheden bekomt men een Ego dat sterk genoeg is om de conflicten te overwinnen.

Alhoewel in de sociotherapie het bekomen van een echt-emotioneel inzicht ook wel kan meespelen, lijkt ons dit secundair en menen wij dat vooral het rechtstreeks inwerken op de zogenaamde executieve functies van het Ego de specifieke taak van deze therapie is (CUMMING, E., JANSSEN en PIERLOOT).

Met deze theoretische doelstelling voor ogen wordt het mogelijk een strategie in de aangepaste sociale structuur in de psychiatrische kliniek duidelijker te omschrijven.

3. Welke middelen staan ons ter beschikking om dit doel te bereiken — Wanneer men de patiënt wil brengen tot een aangepaste actieve deelname aan de sociale omgeving, zullen daartoe niet alleen voldoende materiële mogelijkheden en de aangepaste sociale organisatie nodig zijn, maar men moet ook weten hoe ze te gebruiken. De materiële aard van de aangeboden activiteiten in een 'sociotherapie' zal meestal niet zoveel verschillen van deze in gelijk welke psychiatrische kliniek. Het grote verschil bestaat in de manier en de mentaliteit waarmee ze worden gebruikt. Meestal tracht men de pathologische verschijnselen te doen verdwijnen door biologische behandelingsmethoden, terwijl men tracht de gezond gebleven mogelijkheden van de patiënt te stimuleren, respectievelijk te behouden, door in allerlei zogenaamde actieve therapieën de sociale realiteit voorop te stellen, die echter meestal zodanig is opgevat dat ze de patiënt toelaat op een lager psychisch en sociaal niveau te functioneren. Wij menen daarentegen dat het in vele gevallen de opdracht is van onze behandeling niet alleen de actuele mogelijkheden te verhelpen, maar ook te zorgen dat de patiënt de kliniek verlaat psychisch beter uitgerust dan voorheen, om de realiteit buiten de kliniek aan te kunnen. Het komt er daarom niet alleen op aan dat de patiënt de nodige uren bij bepaalde activiteiten doorbrengt, maar de

ganse omgeving moet steeds gericht zijn op het voortdurend en noodzakelijk nemen van initiatief en verantwoordelijkheid door de patiënt. Men zal er naar streven de patiënt met zoveel mogelijk relatievormen in contact te brengen, wat hem in de gelegenheid stelt met zijn gezond gebleven mogelijkheden zelf zijn plaats in de sociale realiteit te ontdekken en te realiseren.

Om dit mogelijk te maken lijkt het ons nodig dat de patiënt een klaar en duidelijk beeld kan krijgen van deze mogelijkheden en deze mentaliteit, en dat dus ieder lid van het therapeutisch team deze mentaliteit kent en toepast (CUMMING en CUMMING, JONGERIUS, FIDLER en FIDLER). Alle relaties die de patiënt heeft moeten in dezelfde zin werken; dit geldt evengoed voor de contacten met de dokter als met de therapeuten of verplegenden; alle facetten van het leven van de patiënt in het sociale milieu moeten gezien worden als mogelijkheden tot 'social learning' (M. JONES). Een goede coördinatie is dan ook vereist.

De concrete uitwerking hiervan zal afhangen van de materieel technische mogelijkheden die men heeft, van de persoonlijkheid van de leden van het therapeutisch team, en zoals we verder zullen zien van de toestand van de patiënt. Aangezien echter een zo groot mogelijke variëteit van relatievormen en mogelijkheden tot het oefenen en leren moet worden aangeboden, zal het nodig zijn technieken van verschillend niveau en aanknopingspunt te voorzien, zoals creatieve therapie, bewegingstherapie, eventueel ergotherapie, groeps-psychotherapie. In elk geval moet de nadruk worden gelegd op de noodzaak tot sociale interactie zodat men b.v. ook de zogenaamde vrije tijd van de patiënt in dit kader moet zien. Alle relaties zijn hier belangrijk en alle samenwerken op elkaar in (JANSSEN en PIERLOOT, JONGERIUS).

4. Structuren — Het is duidelijk dat het doel en de werking van het milieu als therapievorm, zoals we ze hierboven schetsten, moeilijk te verwezenlijken zijn met de hiërarchische structuur zoals ze vanouds in de klinieken heerste. Vroeger was er een beperkt aantal 'therapeuten', in een hiërarchische structuur duidelijk gesteld tegenover de patiënt, terwijl nu de psychiater en zijn medewerkers en de patiënten één team vormen. Het uitwerken van een structuur die de noodzakelijke voorwaarden schept tot het toelaten, vergemakkelijken en eventueel opdringen van het therapeutisch doel is dan ook essentieel. Dit werd het best uitgewerkt door M. JONES in zijn werken over de therapeutische gemeenschap.

De belangrijkste voorwaarden op het gebied van aangepaste structuren zijn gelegen in de communicatie en in de machtsverhoudingen in een psychiatrische kliniek. Beide hangen vanzelfsprekend nauw samen, en ze worden pas reëel wanneer ze samen voorkomen.

Wanneer men van een patiënt verwacht dat hij zijn plaats in de sociale realiteit leert ontdekken en realiseren, wanneer hij zijn eigen rol en

beperkingen en verantwoordelijkheden moet leren aanvoelen, dan gaat dit niet zonder een goede communicatie, zowel tussen patiënten onderling als tussen de patiënten en het therapeutisch team en binnen dit team. Wanneer dit niet het geval is ontstaat onvermijdelijk een onjuist beeld van de realiteit, met alle reacties van dien, zowel bij de patiënten als de stafleden. De patiënten weten (en voelen alleszins) heel wat van de problemen van de staf, en anderzijds gebeurt er heel wat tussen patiënten onderling en b.v. tussen patiënten en verplegenden wat voor het algemene klimaat zeer belangrijk kan zijn en wat meestal verloren gaat.

Hoever men moet gaan met het geven van communicatie zal in elke afzonderlijke situatie moeten bestudeerd worden (DENDER et al. JONES 1968), maar men moet zich voortdurend goed bewust blijven dat het probleem bestaat.

In dit kader moet men ook de noodzakelijkheid zien van het delegeren van gezag. In principe zal men ernaar streven het gezag zoveel mogelijk mee te laten delen door al de leden van het team en ook door de patiënten. Het engagement, het initiatief en de verantwoordelijkheidszin nemen hiermee in belangrijke mate toe, en het bereidt alleszins de patiënt voor op het zelfstandig organiseren van zijn leven buiten de kliniek. Een autoritair hiërarchische structuur maakt dit alles bijna onmogelijk en leidt tot een milieu waarin iedereen handelt volgens een van boven opgelegd schema, met een minimum aan spontaniteit en engagement. Ook voor de gezagsverhoudingen moet men voor elke situatie afzonderlijk zien hoe ver men kan gaan.

II ENKELE PROBLEMEN BIJ DE CONCRETE REALISATIE

Bij de concrete realisatie van een optimale sociotherapeutische benadering in een psychiatrische kliniek rijzen er talrijke problemen van verschillende aard. Wij kunnen ze in drie groepen onderbrengen:

- 1 betreffende de theoretische basis van de sociotherapie;
- 2 betreffende de strategie;
- 3 betreffende de structuren.

Het is duidelijk dat er in de psychiatrische kliniek naast een sociotherapeutische Ik-versterking nog andere behandelingsvormen zijn die interfereren met elkaar. Het komt ons voor dat wij nog niet voldoende gewoon zijn aan een integrale benadering van de patiënt, en nog te veel onderscheid maken tussen een organische aanpak, een psychotherapeutische of een sociotherapeutische. Dat deze laatste factor omwille van zijn recent belang en zijn complexiteit hierbij dikwijls over het hoofd wordt gezien, hoeft ons niet te verwonderen (SCHEFF). Wij moeten benadrukken dat deze drie elementen in feite nooit volledig gescheiden zijn en dus steeds samen voorkomen, maar dat men voor elk geval afzonderlijk moet uitmaken waar men het hoofaccent legt.

Zo kan in een psychiatrische kliniek een psychotherapie, zelfs op dieptepsychologische basis, aangewezen zijn, rekening houdende met de speciale aspecten van de sociale realiteit van de kliniek (zie ook Freeman). De therapeut zal er meestal niet een neutrale figuur kunnen zijn maar integendeel naast de rol van psychotherapeut nog andere functies vervullen, die hem verplichten bepaalde posities in te nemen, beslissingen te treffen of contacten te leggen. Dit brengt met zich dat sommige uitlatingen van de patiënt niet alleen als transferentieel moeten gezien worden, maar doodgewoon als reëel. Deze positie van de therapeut kan ook vanwege de patiënt een min of meer moeilijk te hanteren acting-out uitlokken. Dit brengt ons weer tot de verhouding van de psychotherapie tot de sociotherapie: zowel de houding van de patiënten tegenover alles wat met psychotherapie te maken heeft (b.v. eisen van individuele relatie, acting-out in of met de groep naar aanleiding van belevenissen in de psychotherapie), als de verhouding van de psychotherapeut tot andere stafleden of tot zijn andere functies, maken een voortdurend onderzoeken van wat er in het geheel gebeurt noodzakelijk. Zo kan men verplicht zijn een bepaalde acting-out niet langer te tolereren en aldus een psychotherapie moeten onderbreken. Men mag zich bij dit alles niet te ver laten meedrijven door dieptepsychologische verklaringen en men zal er mee rekening houden dat het reële, bewuste sociale element in het groepsleven evenzeer meespeelt en therapeutisch kan gehanteerd worden (zie ook Nuttall).

Ook de biologische behandelingsmethoden moeten ingeschakeld worden in de integrale behandeling. Niemand kan er nog aan twifelen dat b.v. in de meeste gevallen de psychofarmaca een veel bredere betekenis hebben dan hun zuiver biologisch effect, het belang van deze farmaca in de patiënt-dokter relatie en omgekeerd het belang van deze relatie voor de werking van de farmaca is bekend; het feit dat een aanzienlijk aantal patiënten zowel in als buiten de kliniek hun voorgeschreven medicatie niet nemen en de aandacht die de patiënten onderling en in vergaderingen aan deze behandeling besteden, zijn elementen die erop wijzen dat zelfs een op het eerste gezicht elementaire behandeling diepere sociale en psychologische consequenties heeft. Anderzijds mag men niet vergeten dat deze zogenaamde biologische behandelingsmethoden zeer belangrijke hulpmiddelen zijn, en dat zij soms op korte termijn een resultaat kunnen geven dat langs andere wegen veel moeilijker bekomen wordt, en vooral aan de patiënt en zijn omgeving veel angst en ellende kunnen besparen. In vele gevallen maken zij een psychotherapeutische of sociotherapeutische behandeling mogelijk of zijn zij er een voorbereiding toe. In elk geval moeten zij voortdurend in al hun facetten gezien worden en zal b.v. het overwegen van het al dan niet gebruiken van een dergelijke behandeling besproken moeten worden in staf- of zelfs patiënten-vergaderingen waarbij dan de houding van patiënten en verplegenden tegenover de medicatie of de wijze van toedie-

nen ervan aan bod komen.

De complexiteit van een integrale therapeutische benadering van de patiënt heeft ook zijn weerslag op de strategie, de techniek van onze therapie. Sommigen menen immers dat sociotherapie moet voorbehouden blijven voor een beperkte groep van patiënten, voor wie enerzijds een behandeling op organische basis onvoldoende is en die anderzijds de mogelijkheden missen tot een concrete inhoudelijke aanpak van hun psychische conflicten, maar die wel een atmosfeer van de actuele concrete relaties kunnen assimileren. Anderen menen dat de psychiatrische kliniek in haar geheel sociotherapeutisch moet worden georganiseerd.

Wij menen, dat wanneer sociotherapie gezien wordt als een deel van een integrale therapie, men dit element overal zoveel mogelijk zal moeten laten meespelen, zonder echter te overdrijven. De toestand van de patiënten kan het b.v. in een dienst voor acute psychiatrie moeilijk maken op zinvolle wijze groepsactiviteiten te organiseren (HERZ), terwijl men anderzijds niet te pessimistisch mag zijn, ook niet met chronische patiënten: het belang van sociale activiteiten voor dergelijke patiënten, zelfs organisch gestoorde ouderen kan niet genoeg worden onderstreept (DENDER et al., MÜLLER, WEISE, JONES 1968).

Er zijn echter heel wat patiënten die — eventueel in een bepaald stadium van de behandeling — neiging hebben tot regressie, waar men het reacterende aspect tijdelijk op de achtergrond moet kunnen laten. Een sociotherapeutisch ingericht milieu is dikwijls een stresserende omgeving, waarin rustpunten moeten worden voorzien. Hierbij moet men wel opletten wat de patiënt ermee aanvangt, zodat men niet komt tot een door de patiënten zelf — en alleen — voortgezette organisatie (b.v. tijdens het weekend of verlof). De verplegenden, die tijdens de zogenaamde vrije tijd voortdurend bij de patiënten zijn, spelen hier een belangrijke rol: het steeds weer doseren van het reacteren of het permissief zijn is zeer moeilijk en vereist een voortdurende, individueel aan te passen soepelheid.

Concreet menen wij dus dat men zich moet afstemmen op de aard en de toestand van de patiënten die men heeft (STANTON, 1965). Bij sommigen zal het sociotherapeutisch element — eventueel in een bepaald stadium van de behandeling — moeten overwegen. Onze ervaring is dat men daarvoor het best bepaalde afdelingen voorbehoudt, anders is het zeer moeilijk om tot een consequent gestructureerd geheel te komen. In deze overwegend sociotherapeutische afdelingen kan men dan nog onderscheid maken in aan te bieden activiteiten en structuren overeenkomstig bepaalde groepen van patiënten. Een groep b.v. van neurotische patiënten zal anders moeten worden georganiseerd dan een groep oudere karaktergestoorden of zogenaamde psychopaten. Wanneer men aldus binnen dezelfde kliniek beschikt over verschillende afdelingen wordt de aanpassing van de therapie aan de toestand van de

patiënt veel gemakkelijker (differentiatie). Het blijft immers steeds een moeilijkheid — en soms een pijnlijke onderneming — de patiënt van kliniek te veranderen: meestal gebeurt dit slechts na veel spanningen, zowel tussen patiënten als tussen de stafleden, en gebeurt het ten koste van de continuïteit van de therapie.

Het is vooral belangrijk zich voortdurend bewust te zijn van de juiste mentaliteit en zich niet blind te staren op een bepaald deelaspect, b.v. op tijd komen in de activiteiten, voldoende mooi presteren... (CUMMING, E.) Niet alleen schaadt men hierdoor de therapeutische opzet en kan het leiden tot een schijnaanpassing, maar het kan spanningen verwekken in de staf, omdat b.v. dit deelaspect dan niet aanvaard wordt (CHAIGNEAU). Hierbij wordt nog eens duidelijk dat een voortdurende open communicatie nodig is.

De sociale structuur die een sociotherapeutische organisatie veronderstelt, maakt op de eerste plaats een verandering noodzakelijk bij de stafleden. Deze moeten afstappen van de klassieke verhoudingen, waarin alle gezag en initiatief van boven komt. Dit is het geval binnen de groep van de dragers van de witte jas terwijl deze groep als geheel alles ten beste regelt voor de patiënt, van wie verwacht wordt dat hij het aanvaardt. De communicatie gaat in één richting: van boven naar onder, behalve hier en daar een toevallige uitzondering of de meestal niets zeggende opmerkingen in het wachtrapport. Daar wordt immers toch geen aandacht aan gegeven. Alles wordt geregeld van bovenaf, en de feed-back is doorgaans zeer onvolledig of onjuist. Deze structuur had voor de leden veel nadelen en kon tot diepgaande onvoldaanheid leiden, maar zij had ook voordelen. Het risico van het innemen van een persoonlijk standpunt met een mogelijke kritiek daarop is gering: ten opzichte van meerderen is men gedekt door een voorgeschreven houding, ten opzichte van de patiënt door de autoriteit en de onpersoonlijkheid van de witte jas. Van een patiënt ingeschakeld in een dergelijke structuur kan men moeilijk een actieve aanpassing verwachten.

Het zinvol kunnen communiceren en het dragen en geven van verantwoordelijkheid is heel wat moeilijker dan strikt en stilzwijgend uitvoeren van wat de meerdere voorschrijft. Wanneer men nu van iedereen — zowel staflid als patiënt — zijn persoonlijke mening en deelname in de verantwoordelijkheid gaat vragen, vallen heel wat veiligheden en zekerheden weg, en blijven soms harde confrontaties niet uit, die op hun beurt verwerkt moeten worden. De actieve deelname van iedereen aan het therapeutisch proces vermindert het onderscheid tussen de 'therapeuten' en de verplegenden in de engere zin van het woord. Dit alles brengt angst en problemen van professionele identiteit met zich mee, wat voortdurend moet worden opgevangen (KRAFT, STORPER-PEREZ, RUBENSTEIN, LEVY).

Wanneer we reeds voor de techniek een aanpassing aan de patiënten-groep voorstelden, geldt dit zeker voor de structuren die men voorziet.

De aard van de communicatie en de manier van communiceren zal sterk verschillen voor een opnameafdeling, een zuiver sociotherapeutische afdeling of een groep chronische patiënten, oligofrenen of psychogeriatrische patiënten, en dit geldt evenzeer voor de deelname in het gezag. Dikwijls is het niet gemakkelijk de passieve afwachende houding te overwinnen die de patiënt verwacht te moeten aannemen in de medische omgeving, en die ook voor hem heel wat voordelen biedt en minder risico's met zich meebrengt.

Het consequent volhouden van deze aangepaste structuren is niet eenvoudig, en men moet weten dat een vriendelijke schouderklop en het inrichten van vergaderingen perse nog geen delegeren van gezag en goede communicatie garandeert (CUMMING E.).

Tot besluit moeten wij nog wijzen op een belangrijk aspect van de behandeling in de psychiatrische kliniek, te weten de verhouding met de gemeenschap buiten de kliniek (CASSELMAN, JONES 1968). Daar zijn niet alleen de verhoudingen met de familie, de werkomstandigheden, de verzekeringsorganen enz., maar er blijft een groot probleem bestaan in de verhouding tussen de aanpassing in de kliniek en deze buiten de kliniek, die wij veel minder in handen hebben. Dat deze overgang dikwijls zeer moeilijk is weet iedereen die zich met de klinische psychiatrie bezighoudt uit ervaring. De moderne psychiatrische therapie kijkt op zoveel gebieden af van de gewone medische houding en heeft een zo belangrijke en diepgaande invloed op het sociaal gedrag van de mens, dat de aangepaste structuren voor deze overgang nog niet gevonden zijn. Het gebied van deze verhouding lijkt ons tot op heden nog te weinig systematisch uitgewerkt, alhoewel het belang ervan voor de sociotherapie ons zeer groot lijkt te zijn.

SAMENVATTING

Het is onze opvatting dat sociotherapie moet gezien worden als een deel van de integrale behandeling in de psychiatrische kliniek, die dan ook niet moet worden voorbehouden voor geselecteerde groepen van patiënten maar die men zoveel mogelijk dient te organiseren voor zoveel mogelijk patiënten. Anderzijds zal het belang van het sociotherapeutisch aspect in het geheel der behandeling en de concrete realisatie ervan bepaald worden door de aard en de toestand van de patiënten die men te behandelen heeft.

Het is in dit sociale aspect van de behandeling dat wij getracht hebben enige klaarheid te brengen, om zijn plaats in een integrale benadering van de psychiatrische patiënt te helpen bepalen. Na de noodzaak van een duidelijk geconceptualiseerde milieutherapie te hebben aangetoond, hebben we een poging tot een verklarende theorie geschetst, met de technieken en de structuren die we daartoe nodig achten.

Zoals in de meeste gebieden van de psychiatrie, zeker op het gebied

van de therapie, blijven er nog vele hypothesen en berust ons handelen nog dikwijls op empirische gegevens. Nader wetenschappelijk onderzoek is nog noodzakelijk.

SUMMARY

The importance of the general climate of a psychiatric clinic for the treatment of psychiatric patients is a well known and widely accepted fact. However, the systematic and methodological manipulation of those factors of the social environment that have a therapeutic effect, which the authors call sociotherapy, remains a point for discussion. This article focuses on some theoretical and practical implications of sociotherapy. After a short historical overview of milieutherapy, the authors try to formulate an adequate theoretical frame-work: emphasizing the concept of adaptation, Ego-strengthening is seen as a goal and techniques that should be applied to reach this goal are discussed; the social structure of the clinic has also to be analysed, especially communication and the sharing of power. In addition some practical problems are discussed. The authors consider socio-therapy as a part of the whole therapeutic approach to the patient; the therapeutic techniques and social structuring must depend on the characteristics of the patient-group; some problems of the staff-members are also discussed. The authors stress the importance of the relations with the community for a succesful sociotherapy.

BIBLIOGRAFIE

- Ayme, J., Rappard, Ph.,
Torrubia, H.,
Balint, M.,
Casselman, J.,
Caudill, W.,
Chaigneau, H.,
Cumming, E.,
Cumming, J., &
Cumming, E.,
Dender, H. C. B.,
Turns, D., Seeman,
M. V.,
Dyrud, J. E., &
Donnelly, C.,
Fidler, G. S.,
Fidler, J. W.,
Freeman, Th.,
Hartmann, H.,
- 'Thérapeutique Institutionnelle'. In: *Encyclopédie Médico-Chirurgicale, Psychiatrie*. Paris, 37930 G 10.
'Ego-strength and Education of the Ego'. *Psychoanalytic Quarterly*, 1942, no. 11, blz. 87-85.
'De therapeutische gemeenschap van Maxwell Jones en zijn meest recente toepassingsvorm'. *Acta Hospitalia*, 1970, vol. X, 1, blz. 5-17.
The psychiatric hospital as a small Society. Cambridge, Mass., Harvard University Press, 1958.
'Prise en charge institutionnelle des sujets réputés schizophrènes.' *Confrontations Psychiatriques*, no. 2, 1968, blz. 157-172.
'Therapeutic Community' and 'Milieu Therapy' Strategies can be distinguished'. *Int. J. of Psych.*, 1969 - vol. 7, no. 4, blz. 204-208.
'The value Problem in Psychiatry'. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 1965, vol. 13, blz. 186-193.
'The therapeutic community: nine years after'. *The psychiatric Quarterly*, vol. 42, july 1968, blz. 531.
'Executive functions of the Ego'. *Archiv. Gen. Psychiat.* - vol. 20, maart 1969, blz. 257-261.
Occupational Therapy. New York, London, The Macmillan Company, 1963.
'Some Problems of In-Patient Psychotherapy in a Neurosis Unit'. In: Jones et al. (Eds.), *Social Psychiatry*, Tavistock publications, London, 1952, blz. 69-84.
Ego Psychology and the Problem of Adaptation. New

- York, International Universities Press, 1958.
- Hartmann, H., *Essays on Ego Psychology*. New York, International Universities Press, 1964.
- Herz, M. I., 'The Therapeutic Milieu: A necessity'. *Int. J. of Psych.*, 1969, vol. 7, no. 4, 209-212.
- Janssen, J., & Pierloot, R., 'Renforcement du Moi par la Sociothérapie'. — In: *Information and Rehabilitation in Group psychotherapy*. Vienna, Verlag der Wiener Medizinische Akademie, 1968, blz. 261-264.
- Jones, M. (Ed.), *Social Psychiatry. A study of Therapeutic Communities*. Tavistock publications, London, 1952.
- Jones, M., *Beyond the therapeutic Community*. New Haven and London, Yale University Press, 1968.
- Jongerius, P. J., *Sociotherapie in de psychiatrische kliniek*. Assen, Van Gorcum en Co., 1963.
- Kraft, A. M., 'The therapeutic Community'. In: S. Arieti (Ed.), *American Handbook of Psychiatry*. Vol. III, New York, London, Basic Books, blz. 542-551.
- Levy, A., *Les Paradoxes de la Liberté dans un Hôpital Psychiatrique*. Ed. de l'Epi, Paris, 1969.
- Müller, Ch., 'Psychiatrische Probleme beim alten Menschen'. — In: Weise, H. T. (Ed.) *Fortschritte der Psychiatrischen Krankenpflege*. Verlag E. C. Bauman K.G., Kulmbach, 1969, blz. 45-66.
- Nuttall, K., 'Communications in a Therapeutic Community'. — In: H. Freedman (Ed.), *Progress in Mental Health*, London, J. & A. Churchill Ltd., 1969, blz. 229-234.
- Nuyens, Y., 'Het Psychiatrisch Ziekenhuis: een therapeutische gemeenschap', *Acta Hospitalia*, 1969, vol. IX, 1, blz. 20-40.
- Perrow, C., 'Hospital: Technology, Structure and Goals. In: March, J., *Handbook of Organizations*, Chicago, Mc Nally & Co., 1965 — In: Nuyens Y., op. cit. blz. 23.
- Pierloot, R., 'Evolutielijnen in de Psychoanalytische Praktijk'. In: *Dieptepsychologie*. Leuven, Acco, 1968, blz. 87-99.
- Rubenstein, R. & Lasswell, H. D., *The Sharing of Power in a Psychiatric Hospital*. New Haven and London, Yale University Press, 1966.
- Scheff, T. J., *De Psychisch Gestoorde en zijn Milieu* (Aula boeken), Utrecht, Antwerpen, Het Spectrum, 1969. Chicago, Aldine Publ. C., 1966.
- Stanton, A. H., 'Some Therapeutic Mechanisms arising from Psychiatric Hospital Social Structure', *Psychotherapy and Psychosomatics*, 1965, vol. 13, blz. 163-185.
- Stanton, A. H., & Schwartz, M. S., *The mental hospital*, New York, Basic Books, 1954.
- Storper-Perez, D., 'Sociologie de l'hôpital psychiatrique'. In: *Encyclopédie Medic.-Chirurgicale, Psychiatrie*. Paris, 37928 A 10.
- Weise, H. T., 'Die Pflege alter und chronisch Kranken'. In: *Fortschritte der Psychiatrischen Krankenpflege*. Verlag E. C. Bauman K. G., Kulmbach, 1969, blz. 67-92.
- Zeitlyn, B. B., 'The Therapeutic Community — Factor Fantasy'. *Brit. J. of Psych.*, vol. 113, no. 503, blz. 1083-1086, okt. 1967.