

# Op zoek naar sociotherapie:\* tien jaar asiel-ervaring

door Dr. H. Ronse\*\*

## **Inleiding**

Tien jaar sociotherapie-ervaring in asielmilieu wil medegedeeld worden! Daar waar wij als menig psychiater ons verliezen in de patiëntenmassa, en hierdoor in de onmogelijkheid verkeren tot een degelijke dokter-patient relatie te komen, pogen wij het zwaartepunt van werken te verleggen van de relatie arts-patient naar deze tussen psychiater en degenen die dagelijks met de patienten in contact komen.

Reeds in 1931 schreef H. J. Sullivan dat het sociaal leefmilieu als therapeutische factor gehanteerd moet kunnen worden. Pas dertig jaar later worden deze 'nieuwe' ideeën bij ons toegepast. De jaren 1960-1970 brachten immers een evolutie in de psychiatrie-wereld op gang. In deze periode wijzigde zich niet alleen het psychiatrisch instituut, maar ook wij die er werkten veranderden! Persoonlijk zijn we aan twee diensten verbonden: sinds dertien jaar aan het klassieke psychiatrische instituut (Onze Lieve Vrouw kliniek, Brugge) met 650 patienten, en bovendien sinds zeven jaar aan een tweede kliniek, georganiseerd voor 75 niet psychotici (Rustenburg, Brugge). Deze twee inrichtingen vormen samen een zekere eenheid. De eigenaar is dezelfde religieuze kongregatie, en de organisatie en werking van de eerste kliniek hebben het functioneren van de tweede bepaald. In deze neurosenkliniek werd het organisatie-schema van de grote psychiatrische kliniek overgenomen met dezelfde stafvergaderingen en patientenbesprekingen. Na enige tijd heeft de jongere kliniek de eerste gunstig beïnvloed: het begrip tolerantie vond er gemakkelijker zijn weg en mannelijke patienten konden zelfs opgenomen worden in deze zeer gesloten vrouwen-gemeenschap!

## **De neurosenkliniek**

*Het ontstaan van een equipe-geest is afhankelijk van een groeiende groepsdynamiek bij de patienten* — Een van de eerste objectieven was het creëren van 'staf-besef'. Er was bij de start weinig hoger

\* Referaat gehouden voor de Vereniging van Vlaamse Zenuwartsen op 5 mei 1973

\*\* Zenuwarts te Brugge, hoofdgeneesheer Onze Lieve Vrouwe kliniek - Rustenburg

kaderpersoneel, wel waren er voldoende verpleegkundigen. Zo viel deze laatste een enorme taak te beurt. Dit 'staf-besef' groeide slechts zeer geleidelijk: veel energie moest besteed worden om de twee essentiële staptaken te bereiken, namelijk het samen bepalen van een goede diagnose en het gemeenschappelijk inrichten van een degelijke therapie. Praktisch wordt dit uitgewerkt in twee staf-samenkomsten. De eerste is een gevalsbespreking waar over diagnose en behandeling beslist wordt, de tweede is een groepssamenkomst waarbij therapeuten en verpleegkundigen tot een diepere psychotherapeutische relatie moeten komen. Problemen en spanningen in het kliniekleven worden hier besproken. In beide vergaderingen is de psychiater groepsleider. Bij de gevalsbespreking komt de professionele didaktische kant meer aan bod, in de groepssamenkomsten wordt het accent dan meer gelegd op de groepsinterakties, ofschoon hierin geen precieze grens te trekken valt. De gelijkwaardige inspraak van alle teamleden werd slechts zeer geleidelijk bereikt: de autoriteitsrelatie hield de groepsleden vaak onmondig. Gedurende enkele jaren moest de groepsvergadering van therapeuten en verpleegkundigen zelfs voorbereid worden door de psycholoog.

Naast deze stafsamenkomsten bestaan er ook groepsgesprekken voor de gasten-patienten onder leiding van psychiaters, verpleegkundigen en ateliertherapeuten. We bemerken een nauwe verwantschap in de groepsdynamische opbouw van beide vergaderingen. Naarmate de groepsdynamiek beter werd bij de gasten, kwam de groepssamenkomst van de staf tot een beter functioneren. Slechts na een viertal jaren functioneren heeft men een degelijke psychodynamische relatie bereikt, zowel op patienten- als op staf-niveau. Aanvankelijk leidden de psychiaters alle gespreksgroepen. Pas na een maturiteitsproces kon deze taak door andere stafleden of verpleegkundigen overgenomen worden. De groei tussen de stafgroep en de patientengroepen liep steeds parallel. Deze laatste vormen open groepen waar steeds pas-opgenomenen bij betrokken worden, en toch hebben deze jaren nodig om op dreef te komen.

Maar er is meer. De kliniek is onderverdeeld in vier paviljoenen van vijftien à twintig bedden. Gezien het aanbod van patienten werden vier gastengroepen gevormd volgens leeftijd en genezingsmogelijkheid. Een eerste paviljoen wordt gereserveerd voor jongere neurotici, wier behandeling zoveel mogelijk aetiologisch wil zijn. Zowel de individuele als de groepspsychotherapie wordt geïnspiceerd door de psychoanalytische denkrichting. Medicatie is hier enkel steunend en komt dan ook weinig aan bod. In een tweede paviljoen zijn neurotici opgenomen met een zwakkere integratiemogelijkheid, wier psychische spankracht minder is. Hun therapie, zowel de psychotherapie als de atelier- en bewegingstherapie, is dan ook meer directief. Een derde paviljoen geeft logies aan personen van dertig à veertig jaar, die dan meer symptomatisch behandeld worden. De laatste groep is ouder dan veertig. Hier is de medicamenteuze behandeling ook meer bepalend.

Al deze groepen hebben op zaal eigen verpleegkundigen, maar werken als groep in een centrale therapieruimte bij dezelfde atelier- en bewegingstherapeuten, waar de activiteiten aangepast worden aan hun niveau. Er is dus een geleidelijk overgaan van absoluut niet-direktieve naar fel direktieve aanpak. De therapie zal dan ook volgens het paviljoenniveau minder intens zijn, ook minder analytisch gericht en de patient zal met zijn psychologische problematiek minder gekonfronteerd worden.

Nu ziet men dat de behandelingsequipe op de pavilpoenen voor de jongere 'neurosen-groep' het eerst baat gevonden heeft bij de groeps-gesprekken van de staf en het eerst de eigen relatieproblematiek heeft durven bespreken. De verpleegkundigen op de afdelingen waar de gasten niet zo intens psychotherapeutisch aangepakt worden, komen pas later op dreef. Aldus te verstaan: diepere therapie betreft de verpleegkundigen intenser en laat meer identificatie-mechanismen toe, die op den duur beter gehanteerd kunnen worden. Het niveauverschil tussen de leden van de verpleeggroep dat zo ontstaat kan spanningen verwekken. Men krijgt de indruk dat in sommige paviljoenen beter behandeld wordt, en zo ontstaat er een klassegeest bij het personeel. Dit wordt verholpen door het verplaatsen van de verpleegkundigen over de verschillende paviljoenen.

*De verpleegkundigen: een centrale positie in de staf* — Tot de stafvergadering behoren: geneesheren, psychologen, sociale assistenten, bewegingstherapeuten, ateliertherapeuten. Deze laatsten kunnen kiezen tussen volledig vrije-expressietechnieken of meer dirigistisch georganiseerde werkmethodes. Tenslotte hebben we als belangrijke groep de verpleegkundigen. Deze staan naast de psychiater: beiden hebben immers oorspronkelijk een gelijke functie; die van de andere stafleden is daarentegen meer specifiek.

Hoe is de interne verhouding tussen deze stafleden? Zo de psychiater vroeger de individuele en groepstherapie van de patienten alleen in handen had, kan hij nu een deel van de groepstherapiefunctie afstaan aan de verpleegkundigen en therapeuten, naargelang hun eigen rijpingsproces. Ook de individuele therapiefunctie tegenover de patienten kan soms in zekere mate door hen overgenomen worden.

De werktherapeut is de technicus die de verschillende atelieractiviteiten aanbiedt. Deze zijn: tekenen, schilderen, boetseren, hout sculpteren, draadlassen, collage en vingerverven, met als doel het verwezenlijken van een, zo mogelijk, artistiek verantwoord werkstuk. De bewegingstherapeut biedt naast relax-technieken vooral groepsactiviteiten aan (Van Rozendaal). De maatschappelijk werker begeleidt de patienten in hun sociale relaties. Dit kan nog worden uitgebouwd tot sociaal casework. Naast hun specifieke aanbod wordt van deze technici verwacht dat ze zich bewust zijn van hun inbreng in de psychotherapie en van de mogelijkheden van hun eigen techniek. Taakafbakening gebeurt dan in de stafbespreking. Verder hebben we de psychologen, niet alleen met hun

test-diagnosefunctie, maar ook met de voorname begeleidingstaak van het personeel: opvangen en bespreken van de psychologische moeilijkheden van stafleden, hetzij individueel of in groepsverband. Uiteindelijk is er het organiseren van de groepstherapie voor de patienten.

We blijven wat langer staan bij de verpleegkundigen, de V.P. zoals de gasten ze noemen. Ze hebben een belangrijke taak, want zij staan centraal! Vooreerst zijn ze sociotherapeuten. Zij zijn de vertegenwoordigers van de staf en geven de desiderata door aan de gastengroep. Zij staan dus in voor de psychologisch verantwoorde levensuitbouw op de leefafdeling. Ze zijn *verantwoordelijk voor de orde*, een erg frustrerende rol tegenover de individuele psychotherapeut. Enerzijds moeten ze verantwoording geven aan de psychiater die instaat voor de organisatie van de sociotherapie, anderzijds is dezelfde psychiater somtijds de persoonlijke psychotherapeut van de patient die bij hem steun zoekt. De verpleegkundige kan de neutrale houding van de psychiater bij een ordekonflikt ervaren als een 'paraplu-systeem'.

Nochtans staat de verpleegkundige niet alleen, hij kan de hulp inroepen van diverse instanties. Vooreerst is er de geneesheer-psychotherapeut. In geval van extreem negatief ageren kan beroep gedaan worden op hem als lid van de staf. Aanvankelijk gebeurde dit zeer dikwijls, vooral bij drugmisbruik of sexuele omgang. Nu doet men enkel nog een beroep op hem bij zelfmoordgevaar. Naargelang de verpleegkundige echter sterker komt te staan, zal hij deze problematiek zelf oplossen, in afwachting dat hij ze doorspeelt naar de patientengroep.

In andere gevallen kan hij een beroep doen op de administratiedirecteur, vertegenwoordiger van de eigenaar. Deze is geen staf lid. Bij hem wordt materiaalschade betaald. Hij sluit 's avonds het domein af en roept de patienten tot verantwoording als hij verneemt dat er over de hekken geklauterd wordt, gewoonlijk van buiten naar binnen! Hij durft ook terechtwijzen wanneer ageren buiten het paviljoen merkbaar wordt. Deze persoon wordt wel geducht door de gasten! Ordenende beslissingen werden in de loop der jaren gebundeld in een reglement van inwendige orde. Het zijn de minimum vereisten die het leven in de kliniek leefbaar maken. Ze bevatten de desiderata van de staf die efficiënte therapie mogelijk moeten maken. Bij het stichten van de kliniek was men uiterst tolerant. Hierdoor ontstond het gevaar dat de ganse zaak uit de hand zou lopen tot een patientenrepubliek. De patientengroep was immers nog niet sterk genoeg om zelf ordenend op te treden.

De sociotherapeut kan nu steeds een beroep doen op dit reglement. Het voornaamste punt luidt: 'Wie in de kliniek vertoeft is gehouden de therapieën te volgen. Men vereist actieve tegenwoordigheid in de therapieruimte.' Therapie is de doelstelling van de kliniek, het is de minimum-wens van de staf dat men dit aanvaardt. Is deze wens eenmaal uitgedrukt, dan laat men de gast echter begaan. Verder wordt in dit reglement de dagindeling aangegeven, het uur van slapen gaan, de reglementering omtrent het uitgaan in de stad, het

verbod van alcohol- en druggebruik, beperkingen wegens brandgevaar, verbod van paarvorming of seksuele relaties in de kliniek. In moeilijke situaties kan de sociotherapeut beroep doen op betere steun: de patientengroep zelf. Zoals gezegd is de groep er geleidelijk toe gekomen de ordenende functie over te nemen. Dit groeide geleidelijk over verschillende jaren, bij de ene groep vlugger dan bij de andere. De jongerengroepen met intense psychotherapeutische aanpak kwamen hierin het eerst aan bod. Doch naast deze lokaal gehouden evolutie was ook tijd nodig om te komen tot het bespreken van bepaalde specifieke problemen. Sommige therapeutische probleemstellingen kwamen in de patientengroep slechts geleidelijk aan bod. Dit wordt bepaald door de angst die het probleem opwekt, evenveel als door de stoornis die het zou meebrengen in het groepsleven. De groep is uiterst gevoelig voor zelfmoordgevaar maar is ook vlug reprimerend als het groepsleven bedreigd wordt. Naarmate de gastengroep door asociaal handelen in het gedrang komt zal de kritiek verscherpen. Deze gradatie van tolerantie geeft het volgende beeld: het tijdig gaan slapen wordt door niemand toegepast, het niet tijdig aanwezig zijn op de therapie lokt wel kritiek uit. Slaaptabletten nemen tijdens de dag wordt door de groep niet getolereerd voor zover het het samenleven hindert. Tegenover alcoholisme en druggebruik staat men zeer mild. Partnervorming en seksuele omgang worden niet geduld; dit voelt de groep als bedreigend voor de eenheid. Zelfmoordgevaar brengt paniek. Men is er nog niet toe gekomen dit probleem in de gastengroep te bespreken, er wordt van de staf geëist hier drastisch op te treden.

De verpleegkundige-sociotherapeut staat dus centraal in deze ordenende-regulerende taak. Hij krijgt de opdrachten van de psychiater en vooral van de staf, en geeft ze door aan de patientengroep. Daarnaast heeft de verpleegkundige echter een *begeleidende psychotherapeutische rol*. Daarmee neemt hij deel aan het echte psychiatisch-psychotherapeutische werk en komt tot hanteren van overdrachtssituaties.

Hij kan vooreerst een schakel zijn tussen de individuele therapeut en de patient. Vooral zwakke patienten zullen door een inleidend gesprek met de sociotherapeut hun angst voor een definitieve psychotherapeutische confrontatie overwinnen. Daarbij hebben de verpleegkundigen ook een belangrijke begeleidende taak. Zeer dikwijls kunnen ze door een nagesprek een regulerende rol vervullen. Ze weren de isolatie van de patient. Hierdoor worden zelfmoordpogingen dikwijls vermeden.

Ook hier wordt deze psychotherapeutische taak slechts zeer geleidelijk en traag door de patientengroep overgenomen en krijgt de verpleegkundige een centrale functie: hij kan progressief zijn steunende rol gaan doorspelen naar de patienten toe. Maar dit centraal staan tussen psychiater en gast leidt tot het probleem van de taak-afbakening.

Afgrenzing van de psychotherapeutische functie t.o.v. de eigenlijke privé-psychotherapeut is niet altijd mogelijk. Deze laatste ziet de

patient éénmaal per week, de verpleegkundige leeft er mee; soms verricht hij zelfs psychotherapie en is de psychiater enkel coördinator tegenover de gast. Dit gebeurt vooral bij zwakkere patienten voor meer directieve aanpak. Feitelijk is er geen onderscheid. Het betreft de individuele relatie, waarbij ofwel de verpleegkundige ofwel de officiële psychotherapeut de belangrijkste rol uitoefent.

Afbakening van de psychotherapeutische taak tussen sociotherapeut en patientengroep is ook nodig. Deze laatste heeft reeds een belangrijke regulerende en ordenende taak, maar komt er nog niet toe de hoofdproblemen te bespreken. De kernrelatie van de neurose wordt nog niet bereikt en komt voorlopig nog maar aan bod in het individuele gesprek bij de psychotherapeut. Begrenzing wordt dus voor het ogenblik nog niet gevraagd, te meer daar er in de staf een zekere schroom bestaat om de individuele psychotherapie zo maar af te schaffen en door de groepstherapie te vervangen.

We zien dus in de kliniek een taakbepaling met mogelijkheid tot evolutie. Psychotherapeuten, sociotherapeuten en gasten hebben elk hun taak wier begrenzing ook niet altijd duidelijk gesteld kan worden.

### **De psychiatrische kliniek**

*Van oligarchie naar stafbesef* — De groei van de equipe-geest is ook hier boeiend. In deze kliniek was vroeger niets gestructureerd. De patienten waren ondergebracht in gesloten zalen waar de zaaloverste onnipotent was. Hoe een dergelijke kliniek te structureren? Hoe alles wat aan toeval overgelaten was nu te ordenen om er een degelijk functionerend geheel van te maken?

Een allereerste notie die de zaalverantwoordelijke moest bijgebracht worden, was *het besef dat vergaderen nodig is*. Dit heeft jaren geduurd. Equipe-geest veronderstelt stafvorming. De eerste vergadering van de staf, geneesheren, therapie- en zaaloversten had plaats in 1961. Ondertussen moesten de zaalverantwoordelijken zich bewust worden dat eigenzinnige beslissingen uit den boze waren en moest gerefereerd worden naar de vergadering. Jaren waren nodig om te aanvaarden dat gedeelde verantwoordelijkheid beter is dan behouden van absolute macht. Reeds meer dan tien jaar vergaderen we wekelijks met de staf en nog twijfelt men aan het nut van deze vergadering: men blijft soms weg. Toch is er vooruitgang! Momenteel worden er besproken: algemeen uurrooster, reglementering, materiële standaardisatie, verplaatsen van patienten naar afdeling en therapieën, enz.

Deze vergadering is te omvangrijk om te komen tot individuele psychische relatiebespreking. Daarom werden afzonderlijke vergaderingen ingericht per zaal- of therapieafdeling waar onder leiding van de psychiater, verantwoordelijk voor de sociotherapeutische uitbouw van deze dienst, meer persoonlijke problematiek aan bod kan komen. Er wordt reeds tien jaar op zaal- en therapieniveau vergaderd, gewoonlijk wekelijks, doch voldoende psychologische resultaten zijn er nog niet. Het hiërarchische systeem opdoeken vraagt geduld.



Een voorbeeld van trage groei was het openen der afdelingen. De kliniek is een gesloten gebouwencomplex met dertien zaaleenheden. In 1961 werd gestart met het ontsluiten van de potdichte deuren. Progressief kon de ene zaal na de andere opengelaten worden door de verpleegkundigen te verzekeren dat patienten enkel wegliepen wanneer er deuren gesloten bleven! In 1966 waren alle zalen open op één enkele na. Dit kon absoluut niet! Pas in 1970 werd deze deur ontsloten: één week nadat alle patiënten van deze afdeling tewerkgesteld werden in het nieuwe atelier. Het werd een te grote last steeds de deur te moeten openen!

Een tweede type vergadering werd de gevalsbespreking waar therapeuten, verpleegkundigen en geneesheren op gelijk niveau bouwen aan een diagnose en een verantwoorde therapie uitstippen. Dit verschaft ook technisch onderricht en is gelegenheid tot scholing. Geleidelijk werd het personeel meer bekwaam zich uit te drukken, te rapporteren en dus beter inspraak te krijgen!

*De werktherapieën buiten de leefafdeling te brengen* werd een tweede belangrijke opgave. Er bestond werkgelegenheid voor patienten buiten de afdeling, maar dit gebeurde sporadisch en behelste onderhoud en schoonmaak. De meeste bezigheid werd op zaal verricht. Het heeft ook jaren geduurd vooraleer de verpleegkundigen het aandurfden de verantwoordelijkheid in behandeling over te dragen aan anderen; alsof deze het slechter deden!

Een eerste schuchtere poging in 1959 was het samenbrengen van patienten uit verschillende afdelingen voor monopolyspel. Personen op gestelde uren onttrekken aan routinebezigheid op zaal stelde een gans probleem!

In 1961 werd een centrale werkplaats opgericht voor een veertigtal patienten. Zo werd men progressief gewoon dat anderen zich inlieten met de behandeling. Terloops gezegd was het deze centrale werktherapie die de esthetische smaak in het instituut verbeterde. Verpleegkundigen — er bestonden geen ergotherapeuten — volgden kunstambachtlessen zodat men stilaan kon ontsnappen aan de Saint-Sulpice-stijl.

De aanzet tot variërende therapie buiten de verblijfzaal gebeurde in 1963. Er werd een bewegingstherapeut aangeworven met als voornaamste taak de patienten gedurende korte periodes uit hun afdeling te krijgen! Geleidelijk is er soepelheid ontstaan en nu bestaat er zelfs stiptheid!

In 1970 triomfeerde het principe dat alle therapie buiten de leefzaal moest gebeuren. Er werd een modern atelier geopend. Dit ontsloot niet alleen de laatste zaaldeuren maar de situatie keerde! De werktherapie wilde nu patienten selecteren en slechts 'goede' opnemen. De staf had het dikwijls moeilijk iemand geplaatst te krijgen. Deze strijd moest gebeuren op de stafvergadering zodat deze laatste bij de zaalverantwoordelijken aan belang is gaan winnen. De ateliergroei is dezelfde als de zalen-evolutie: het werden ook oninneembare burchten! Steeds is er coördinatie nodig en moet het mechanisme van zelfprotectie overwonnen worden.

Naast het vergaderen en het organiseren van therapieën buiten de leefafdeling is de staf zich gaan inlaten met de leefaangelegenheden op zaal zelf! *De huishoudelijke activiteiten* mochten voortaan slechts geregeld worden volgens afspraak met de staf. Ook dit werd een volledig programma! Een allereerste zelfstandige beslissing van de zaalverantwoordelijken waarbij naar de stafvergadering gerefereerd moest worden, was het regelen van de bezoeken voor de familie. Dit was in 1962. Voorheen waren de bezoeken in de kliniek algemeen geregeld, afgestemd op de wekelijkse markttag! Maar de staf moest meer bevoegdheid krijgen. Huishoudelijke activiteiten als onderhoud van lokalen, tafels dekken, bedden opmaken, enz., werden vroeger steeds door 'privilegie-patienten' verricht. Deze waren dikwijls onderworpen aan de willekeur van de zaalverpleegkundigen, maar ook soms omgekeerd, almachtig over de zaalverantwoordelijke! Zij konden de patienten bepaald eetgerief weigeren of de toegang tot sommige plaatsen van de afdeling verbieden, omdat ze instonden voor onderhoud en schoonmaak. Daarom werd in 1965 een takeninventaris voor iedere patient ingevoerd. Een centraal werkbureel kreeg inzage in deze werkfuncties en er werd enkel gevraagd bij verandering van werk dit aan te geven. Zo heeft de staf gepoogd zeggingsmacht te krijgen, doch het heeft wel vijf jaar geduurd vooraleer aangenomen werd dat een patient niet mocht worden ingeschakeld in een werk of therapie zonder toelating van de staf. Huishoudelijke taken worden nu gegeven aan wisselende patientengroepen. De zaalverantwoordelijke kan dit organiseren onder supervisie van het centraal werkbureel. Een laatste verandering van de hiërarchische structuren is nog steeds aan de gang: *het betalen van de werkprestaties*. Gestichtsgeld bestond nog in 1960! Nu wordt er maandelijks zakgeld uitgekeerd voor renderende werkprestaties: de arbeid in atelier, wasserij, keuken of leefzaal en het werken buitenshuis. Groepspsychotherapeutische activiteiten zoals sociogroepjes, soms ook met huishoudelijke taken, worden niet bezoldigd. In 1968 werd overgegaan tot het stichten van een betalingscommissie gedelegeerd door de staf. Ofschoon steeds advies gevraagd wordt aan de zaalverantwoordelijke bij adaptatie van het loon wordt dit systeem nog steeds geboycot, hetzij door niet aanwezig zijn op vergaderingen, hetzij door patienten supplementair te betalen met 'zwart geld'. De verpleegkundigen maken een moeilijke periode door. Zij staan centraal bij de behandeling, maar moeten ook leren hoe ze deel uitmaken van een staf om aldus degelijk werk te verrichten. Gezien de vroegere gewoontevorming verloopt dit echter vrij traag.

Hoe staat het nu met *de psychotherapeutische begeleiding van de patient*? Deze moet ook gebeuren door de verpleegkundige doch zal slechts renderen wanneer hij lid geworden is van de staf, wanneer hij kan refereren, informatie doorgeven en psychologisch verantwoorde verhoudingen opbouwen. We zijn er nog ver van! Hoe wordt het in de toekomst? We zien het in de neurosenkliniek: patienten moeten taken overnemen. Dit kan slechts als de verpleeg-



kundige mondig wordt, dan pas wordt de patient ook mondig en komt aan bod!

In totaal zijn we dus in de psychiatrische kliniek met haar strakke structuren, na jaren nog niet gekomen tot een hechte almachtige stafgemeenschap. De traditie is er te belangrijk, de isolatie tussen verschillende zaaleenheden en therapieën is er nog steeds. De kliniek is te groot, de teamleden zijn te verschillend en soms niet voldoende onderlegd en persoonlijk te emotioneel betrokken. Dit belet te komen tot een gemeenschap van patienten met inspraak om de sociotherapeutische taken over te nemen. Geleidelijk zal dit in enkele leefafdelingen gebeuren waar de verpleegkundigen bekwaam zijn identificatieprocessen te hanteren. Ondertussen gebeurt dit wel in sociogroepjes van de therapie-units. Het is het begin van een evolutie.

### Besluit

Twee klinieken zijn het dus, totaal verschillend, maar wier werking helemaal gelijk zal worden. Ze verschillen enkel in evolutie. Zo is er nog een verschillend niveau, in de ene kliniek is de inspraak van de staf groter en komt de tolerantie beter aan bod, met meer taken voor de patienten, de andere kliniek is zover nog niet.

De neurosenkliniek en de klassieke psychiatrische kliniek zijn echter complementair. Beide vormen geleidelijke behandelingsniveaus waar men tussen niet-directieve en meer directieve aanpak kan kiezen en waar alle schakeringen van therapie methodes toepasselijk zijn. Beide klinieken moeten een *therapeutische gemeenschap* worden, elk met zijn specifieke aanpak.

Er is echter een nieuw probleem: waar de patient onderbrengen? In de neurosenkliniek zijn er behandelingsniveaus, in de psychiatrische kliniek stilaan ook. Er is gevaar de patient te onderschatten en op een te laag behandelingsniveau te plaatsen. Anderzijds kan een patient bij opname in zijn mogelijkheden overschat worden. Daarom willen we een grotere wisselwerking tussen de niveaus en dienen patienten gemakkelijker van de ene kliniek naar de andere over te komen, of in de kliniek zelf van groep te veranderen. Zo worden neurosenkliniek en klassieke psychiatrische kliniek innig met elkaar verbonden, iets dat vroeger zeker niet bedoeld was.

Uiteindelijk zullen we dan een therapeutische gemeenschap krijgen waar verplegenden en patienten gelijkwaardig een therapie opbouwen.

### Summary

*In search for sociotherapy, ten years asylum experience* — We compared two clinics. On one side a new neurosis institution, on the other side a classic psychiatric institution. The efforts to set up a therapeutic community are described. Team-spirit rises when one is able to institute conferences. This is valuable both for the patient-group and the nursing- and therapeutic groups. Both go through a slow evolution which has a parallel course: they are interdependent.