Therapeutisch klimaat en sociotherapeutische praxis

door drs. I. E. I. M. van Eynde

Het begrip 'therapeutisch klimaat', 'therapeutische sfeer', is eigenlijk van medische origine. Bij het instellen van de therapie werd reeds van oudsher bij bepaalde ziektebeelden primair aandacht besteed aan het 'therapeutisch klimaat'. Soms was men overtuigd van de therapeutische betekenis van het klimaat in de letterlijke zin van het woord. Wij denken hierbij aan de behandeling van astmalijders. Bij de behandeling van allerlei vormen van surmenage is het advies tot tijdelijke wisseling van milieu, 'klimaat', bekend. In de inrichtingspsychiatrie werd van oudsher de waarde van therapeutisch klimaat en sfeer onderkend. De aard van het klimaat werd echter direct bepaald door het model van waaruit binnen de inrichtingen werd gewerkt. Onder invloed van het triomferende vrijheidsethos der Franse Revolutie bevrijdde Pinel in 1798 de geesteszieken van hun ketenen. Pinel kende navolging; met hem en de grote medische hervormers, Esquirol, Guislain, e.a., zou het 'medisch model' binnen de negentiende-eeuwse inrichtingen zijn intrede doen. Het ideale therapeutisch klimaat werd in de vorige eeuw en tot op de huidige dag voor de meeste inrichtingen het 'ziekenhuisklimaat'.
Alhoewel de revolutionaire daad van Pinel een meer humane benadering van de geesteszieke als mens mogelijk maakte, alhoewel door de medische inbreng het lot van de krankzinnigen duidelijk verbeterde, toch was de toepassing van het medisch model in de loop van de 19e eeuw en 20e eeuw niet vrij van enige ambiguïteit. De erkenning en herkenning van de ziekte en de zieke nam de voortdurende onrust, agressiviteit en losbandigheid binnen de gestichten niet weg. Vanuit het medisch model was de patiënt ziek, diende dus ook in zekere mate in zijn ziekte en ziekelijke uitingen gerespecteerd. Onrust en agressiviteit trachtten men zoveel mogelijk door middel van een vrij rigoureuze toepassing van dwangmiddelen te bedwingen. De toepassing van de aan het medisch denken ontleende methodes gaf aan de toenmalige gestichten een moderner, ziekenhuisachtig karakter. Alhoewel de behandelingssituatie wel humaner werd, toch zouden zich in de inrichtingen spijts alle bed- en badverpleging en dwangmiddelen de van oudsher bekende hartverscheurende tonelen blijven afspelen.
Naast de toepassing van het medische model zouden ook reeds

in de negentiende eeuw enkele vernieuwende experimenten plaats vinden die wij kunnen beschouwen als voorlopers van het 'orthagogisch model'. William Tuke, voorzitter van de Schotse Quakergemeente te York, maakte in 1792 plannen voor de verbetering van het lot der krankzinnigen. In 1796 werd het 'York Retreat' geopend. Aderlaten en laxeerkuren werden afgeschaft; slechts bij gewelddadig optreden van patiënten werden gordels en riemen gebruikt. De behandeling werd geïnspireerd voor wat in Engeland de naam 'moral-treatment' kreeg. De 'moral-treatment', soms vertaald als 'zedenkundige behandeling', beoogt de toepassing van 'ethische middelen' bij de behandeling. Hieronder verstond men dan: arbeid en ontspanning, lezen, schrijven, wandelen, geven van onderwijs, houden van godsdienstoefeningen, vermindering van afzondering en opsluiting. De zedenkundige behandeling is gebaseerd op het opvoedingsprincipe van die tijd: respect en ontzag voor het gezag van de ouderen. De geesteszieke werd zeer patriarchaal met 'geduld, liefde en soms straffend' benaderd. De 'moral-treatment' ontwikkelde zich verder tot de 'no-restraint', van de Engelse arts John Conolly (1794-1866). Conolly stelde dat het mogelijk was geestelijk gestoorden te verplegen zonder dwangmiddelen. Van een vrijere verpleging zou een gunstiger invloed uitgaan; patiënten zouden juist door het toepassen van dwangmiddelen veel onrustiger worden. In zijn in 1856 verschenen werk, 'The treatment of the insane without mechanical restraints', stelde Conolly dat dwang kon vervangen worden door classificering der zieken, waakzaamheid, observatie dag en nacht, vriendelijkheid, bezigheid, properheid en comfort. In dit systeem nam de arbeid een niet zo grote plaats in; belangrijker waren het samenzijn met de zieken: conversatie, amusement, organiseren van fancy-fairs, toneel, dans, gymnastiek en wandelen. Valk wijst er terecht op dat de continentale psychiaters Conolly te vlug beschouwden als de wegbereider van de 'gekkenvrijheid'. Hij zou niet alleen de dwangmiddelen achterwege gelaten hebben doch ook iedere vorm van positieve psychiatrische behandeling. Hij introduceerde echter de eerste vormen van 'culturele therapie', vormingswerk, sportbeoefening, vrijetijdsbesteding enz. in de psychiatrische inrichting. Het spreekt vanzelf dat deze gedifferentieerde en genuanceerde aanpak hoge eisen stelde aan het verplegend personeel. Zoals iedere therapeutisch succesvolle methode werd ook de zeer humane methode van Conolly volledig door zijn therapeutische persoonlijkheid gedragen. Na zijn optreden ontaardde de 'no-restraint'-methode, in handen van zijn epigonen, inderdaad in de befaamde gekkenvrijheid, waardoor het invoeren van dwangmiddelen opnieuw noodzakelijk werd. Rond de eeuwwisseling werden alle methodes van enigszins orthagogische aard, waartoe ook de arbeidstherapie kan worden gerekend, verdrongen door de bedverpleging van Neiszer en de permanente baden.
De belangrijkste bijdrage tot een fundamentele zowel principiële als praktische ommekeer in de behandeling van geesteszieken zou worden geleverd door H. Simon uit Gütersloh in Westfalen. In

1929 publiceerde Simon in het 'Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie' zijn ervaringen met de door hem ontwikkelde 'actievere therapie'. In de 'Provinziale Heilanstalt' te Gütersloh raakte Simon overtuigd van de grote therapeutische waarde van het begrip 'verantwoordelijkheid'. Zijn beginsel 'de geesteszieke mens is ziek, doch kan mede verantwoordelijk gesteld worden voor zijn gedrag', opende nieuwe perspectieven op de genezing of verbetering van de psychiatrische patiënt. Het toepassen van de verantwoordelijkheidsgedachte veranderde de psychiatrische verpleging en behandeling volledig. Ging men tot 1925 uit van een acceptatie van het onmaatschappelijk gedrag van geesteszieken als noodzakelijk en direct gevolg van de ziekte, nu bleek asociaal gedrag in al zijn vormen wel een ziektegevolg, doch geen noodzakelijk ziektegevolg te zijn. Simons uitgangspunt was de wisselwerking tussen individu en omgeving; die wisselwerking noemde hij voorzichtig 'die biologische Verantwortung'. Voor het eerst in de geschiedenis der behandelingsmethodes binnen de psychiatrische ziekenhuizen werd op principiële wijze de betekenis van het inrichtingsmilieu niet alleen onderkend, doch ook systematisch op een orthagogische wijze in de gehele behandeling betrokken. Stelt Simon zich in zijn publicaties nog voorzichtig 'biologisch' op, in feite wordt met de 'actievere therapie' voor het eerst in de inrichtingspsychiatrie het 'medisch model' doorbroken. Hij ontwierp een orthagogische behandelingsmethode avant la lettre. De toepassing van de psychopharmaca vanaf de aanvang der vijftiger jaren zou aan deze wending naar de orthagogiek principieel weinig veranderen. Alleen de condities waaronder het orthagogische behandelingsklimaat gestalte kon krijgen werden er, en in niet geringe mate overigens, door gewijzigd. De latere ontwikkelingen binnen arbeidstherapie, socio- en milieutherapie, culturele, muziek- en bewegingstherapieën, spel en sport, vrijetijdsbesteding, werden dank zij Simons orthagogische oriëntatie mogelijk.

Deze historisch aandoende schets is geen poging tot geschiedschrijving, het is uiteraard geen weergave van de feitelijke praxis binnen de psychiatrische ziekenhuizen in Europa of daarbuiten vanaf de negentiende eeuw. Wij wilden slechts aantonen op welke wijze de grote hervormers der psychiatrische ziekenhuizen representanten zijn van denkwijzen, modellen, die tot op heden hun invloed op het therapeutisch klimaat laten gelden. De tegenstelling tussen het medische en orthagogische model blijft hierbij actueel. Ook de sociotherapeutische opvattingen van Sivadon, Daumézon, Tosquelles en de 'therapeutic community' van M. Jones zijn zonder een impliciete, het medische model doorbrekende, orthagogiek ondenkbaar. Misschien is zelfs de principiële afstand tussen de inrichtingspsychiater H. Simon en de adepten van het momenteel zo gepopulariseerde en populaire 'sociale model' veel geringer dan deze laatsten zich voorstellen. Alleen lopen zij meestal vanuit een verabsolutering van de individuele vrijheid wel het grote risico uiteindelijk toch op de toepassing van dwangmiddelen te moeten

terugvallen. Wordt niet langer rekening gehouden met de beperkingen en conditionaliteiten van de cliënt-patiënt, dan vervalt de toepassing van de orthagogiek tot een goed bedoelde, doch weinig therapeutische vorm van menselijk meeleven. Veel pogingen tot 'alternatieve' hulpverlening lijken hierop te stranden.

De toepassing van het begrip 'therapeutisch klimaat' bleef niet beperkt tot een of andere medische behandelingstechniek. Binnen de geestelijke volksgezondheid en meer speciaal in de discussies rond de institutionele psychiatrie kwam het samenhangend met de 'therapeutische gemeenschap', 'socio- en milieutherapie' min of meer expliciet steeds opnieuw aan de orde. Aansluitend bij ons onderzoek naar de achtergronden van de orthagogische oriëntatie van het werk binnen de psychiatrische ziekenhuizen werden wij in de studies van de orthopedagogen Kok en Ter Horst getroffen door een aantal duidelijke parallellen tussen de orthopedagogische setting en het psychiatrisch instituut. Deze orthopedagogische studies lijken ons voor het denken over de wijze waarop het 'therapeutisch klimaat' binnen de psychiatrische ziekenhuizen gestalte kan krijgen van grote waarde.
Het zoeken naar de betekenis van een oorspronkelijk medisch begrip, bevrucht door de orthopedagogiek, voor een orthagogisch-medische setting is op zichzelf een boeiende vraagstelling. Samenhangend met het 'therapeutisch klimaat' lichten wij uit deze orthopedagogische analyses achtereenvolgens het onderscheid tussen algemene en individuele behandelingsstructuur, de plaats van de leefgroep, onderscheid tussen 'leefklimaat' en 'behandeling', de plaats van de gespecialiseerde therapeuten en medewerkers t.o.v. het veld, c.q. groepsleiders en leefgroep.
Ter Horst maakt in zijn werk over ervaringen met meisjes in een zeer moeilijke opvoedingssituatie. 'Ontwarring en ordening', het onderscheid tussen een algemene en een individuele behandelingsstructuur. Eén zijner hypotheses luidt: 'Een orthagogisch apparaat werkt alleen als men de algemene en de individuele behandelingsstructuur kan onderscheiden, controleren en coördineren'. Onder de algemene behandelingsstructuur verstaat hij de voor iedereen geldende behandelingssituaties: de leefsituatie, de onderwijssituatie, de arbeidssituatie, de vormingssituatie. Elk van deze situaties stelt specifieke therapeutische eisen en heeft geeigende therapeutische mogelijkheden. In de individuele behandelingsstructuur ligt het accent op het individuele, het unieke, het ongelijke, het alleen voor de ene persoon geldende.
De leef-, onderwijs-, arbeids- en vormingssituaties kunnen ook als individuele behandelingsstructuur fungeren. Daarnaast beschrijft hij als deel van de individuele behandelingsstructuur: de algemeen medische benadering, de maatschappelijke werkbenadering, de neurologisch-psychiatrische benadering, de psychologische benadering, het individuele orthopedagogische contact.
Het therapeutisch gebeuren beweegt zich in een spanningsveld tussen enerzijds de algemene en anderzijds de individuele behan-

delingsstructuur. Beide structuren mogen in het therapeutisch veld nooit te gescheiden optreden. Individualiserende momenten in de algemene behandelingsstructuur, behoeden voor massificatie, maken van een collectiviteit een leefgroep. De algemene behandelingsstructuur behoedt anderzijds voor individualisme.
Enigszins naar analogie met het onderscheid tussen algemene en individuele behandelingsstructuur onderscheidt Kok in zijn werk over residentiële orthopedagogiek 'Opvoeding en hulpverlening in behandelingstehuizen' een eerste-, tweede- en derde-graadsstrategie. Kort samengevat, wij doen hierbij te kort aan Koks beschrijving van de orthopedagogische situatie, omvat de eerste-graadsstrategie de 'leefwereld' als aanvoelbaar klimaat en als waarneembaar vertrouwde presentatie van mensen en dingen. De eerstegraadsstrategie is geen abstract, geen theoretisch behandelingsmodel, maar een present stellen van een opvoedende, adequate leefwereld. Slechts binnen een gerealiseerde eerste-graadsstrategie worden expliciete opvoedingsakten en behandelingsaspecten zinvol. Dit bewuste, methodisch opereren ontspruit aan de eerstegraadsstrategie en keert erin terug; is er volledig in geïntegreerd. De eerste-graadsstrategie als continu present gestelde genezende situatie wordt gerealiseerd door materiële voorzieningen als bebouwing en inrichting, alsmede door een adequaat functionerende organisatie. De eerste-graadsstrategie wordt bovenal levend present gesteld door alle personeel van de groep, door hen waarmee de kinderen dagelijks samenleven.
De tweede-graadsstrategieën, dienen te zijn ingebed in de eerstegraadsstrategie. Het zijn de diverse vormen van psychotherapie, gedragstherapieën, methodisch groepswerk, expressietherapie, bewegingstherapie, enz.
Het individualiserend bijkleuren van de tweede-graadsstrategieën en een licht individueel accentueren van de eerste-graadsstrategie hoort tot de derde-graadsstrategie. De derde-graadsstrategie mag niet verward worden met het feit dat elk kind in welke situatie dan ook, altijd door de opvoeders als eigen individualiteit gewaardeerd en benaderd moet worden. Het is eerder een beperkt individueel accentueren zonder wezenlijk aan het totale behandelingspakket iets te veranderen.
Zowel Kok als Ter Horst plaatsen in hun beschrijvingen van een orthopedagogische setting de basisgroepen, de leef- en werkgroepen, ingebed in algemeen 'therapeutisch klimaat' voorop. Hierna komt dan de individuele behandelingsstructuur, resp. de tweede- en derde-graadsstrategie. Kok geeft hierbij een zeer adequate omschrijving van het therapeutisch klimaat: 'Een therapeutisch klimaat is een basaal aspect van de eerste-graadsstrategie. Het wordt concreet en tastbaar als sfeer en riume continu gerealiseerd door allen die de behandeling realiseren. Zij die behandeld worden, ervaren aanvoelend eraan, dat zij emfatisch zijn ingebed in een leefbaar en ontwikkeling uitlokkend milieu. Dit zet aan tot een zelfgedijende participatie. Naast het bewerken van dit basale effect is het therapeutisch klimaat ook de noodzakelijke bodem,

waarin het meer methodisch opvoeden en behandelen wortelt'. Kok werkt deze definitie nog verder uit. Hij stelt het therapeutisch klimaat analoog aan het gezonde klimaat in de normale opvoedingssituatie. In de normale opvoedingssituatie is het primair de sfeer van de leefgemeenschap waarin en waaraan het kind tot ontplooiing komt. Als het klimaat goed is, kan expliciet pedagogisch worden geopereerd: praten, aanmoedigen, voorlichten troosten, prijzen, corrigeren. Zonder deze sfeer heeft expliciet pedagogisch opereren geen zin. Het therapeutisch klimaat gaat aan alle handelen vooraf: 'Het is het onuitgesproken en onzegbare basale van de zijns-relatie die genezing schenkt'.
Wat is nu vanuit deze visie de plaats van de expliciete 'behandeling', de 'therapie'? Kok citeert de 'round-the-clock-treatment' van Redl en Wineman. Wat betekent de '24-uurs-behandeling'? Positief aan deze term vindt Kok de gedachte dat het gestoorde kind meer nodig heeft dan zeer schaarse therapie-uren. Hij vindt het gevaarlijk wanneer 'behandeling' in strikte zin wordt opgevat. Kok omschrijft 'behandelen' als 'het actieve, methodische handelen dat een nabij gelegen beperkt doel beoogt'. Het zijn korte periodes, condensatiepunten binnen een totale leefsituatie, waarin intensiever 'geoefend' wordt. In deze zin dient het kind niet '24-uur' methodisch benaderd. Interessant leek ons ook dat Kok de methodische 'behandeling' niet reserveert voor gespecialiseerde therapeuten tijdens 'therapie-uren'. Ook in de dagelijkse woon- en leefsituaties komen deze condensatiepunten herhaaldelijk voor. Hij denkt hierbij aan gebieden als sociale redzaamheid, sociale vorming, spelactiviteiten. Het zijn korte perioden van verdichting ingebed in een werkelijk samen-leven. Uit bovenstaande volgt direct de grote betekenis van de leefgroep. De leefgroep heeft volgende functies: scheppen van het juiste leefklimaat, het behandelen, en de 'transfer-basis'. De relatie tussen therapeutisch leefklimaat en behandeling geeft Kok als volgt aan: 'In de groep wordt geleefd en zo nu en dan methodisch behandeld'.
Met de term 'transfer-basis' wijst Kok op de relatie tussen de leefgroep en de specialisten uit de tweede-graadsstrategie en omgekeerd. In de leefgroep liggen de mogelijkheden om wat aangeboden wordt in kunstmatige situaties van therapie en training te laten beklijven door rijping en toepassing. Omgekeerd komen vanuit de leefgroep ook vragen naar specialistische hulp. Tussen therapie en leefsituatie mag in dezen geen tegenspraak ontstaan. De taken van de groepsleiders liggen op het vlak van het leefklimaat, de behandeling en de mogelijkheden tot transfer. Ook Ter Horst vangt bij de beschrijving van de medewerkers van zijn 'orthagogisch apparaat' aan bij de groepsleiding en leefgroep. Het apparaat staat ten dienste van de algemene behandelingsstructuur waarbinnen de individuele mogelijk wordt.
De wijze waarop in de orthopedagogiek wordt omgegaan met begrippen als therapeutisch klimaat, leefgroep, algemene en individuele behandelingsstructuur, eerste-, tweede- en derde-graadsstrategieën, behandeling en transfer, laat zich direct toepassen op

de institutionele psychiatrie. Het lijkt ons hierbij van de grootste importantie niet alleen de therapeutische doch ook verreikende bedrijfsorganisatorische consequenties onder ogen te zien.
Het psychiatrisch ziekenhuis ontwikkelt zich sinds enige tijd, wat de aard van zijn therapeutische mogelijkheden betreft, steeds duidelijker in orthagogische richting. Onder deze orthagogische benadering verstaan wij ook naast arbeidstherapie, wonen en vrijetijdsbesteding, de resocialisatie en revalidatie, de sociotherapie en de sociaal-psychiatrisch gerichte voorzieningen. Spijts deze ontwikkeling blijven de meeste psychiatrische inrichtingen qua structuur en leefklimaat geënt op het klassieke 'ziekenhuismodel'. De invloed van dit model op de organisatie, samenwerkingsvormen tussen disciplines, relatie tussen specialisten en 'veldwerkers' plaats van de patiënt, om maar niet te spreken over vakjargon, leefklimaat en architectuur, is van oudsher navenant. Wij maken hierbij onderscheid tussen het zogenaamde 'medische model' en het 'ziekenhuismodel'. Is dit laatste voor het algemeen ziekenhuis uiteraard(?) het produkt van het eerste, voor het psychiatrisch 'ziekenhuis', een orthagogisch-medische of medisch-orthagogische setting, is deze relatie funest.
Hier is het zoeken naar geëigende modellen meer dan ooit urgent. Binnen de institutionele psychiatrie zal slechts sprake zijn van een fundamentele vernieuwing wanneer, met behoud van de inbreng vanuit het 'medisch model', radicaal met het 'ziekenhuismodel' wordt gebroken. Deze hervorming van het psychiatrisch ziekenhuis tot een orthagogisch-medische setting zal zich primair dienen af te spelen op drie met elkaar samenhangende niveaus: architectonisch, bedrijfsorganisatorisch en therapeutisch.
Wat het architectonische aspect betreft, na enkele jaren ervaring met een nieuwe woonvorm voor chronische psychiatrische patiënten, kleine wooneenheden voor maximaal zes bewoners, werden wij ons steeds meer bewust van de enorme therapeutische betekenis van de ruimtelijk-architectonische structuur van de behandelingssituatie. Van antropologische zijde werd ons de existentiële betekenis van de ruimte als 'geleefde ruimte' aangereikt. Van sociologische, sociaal-psychologische en ethologische zijde wordt gewezen op de waarde van de eigen ruimte, het territoir, voor de uitoefening van de menselijke existentie. De wijze waarop deze architectonische vernieuwing kan worden gerealiseerd kreeg reeds gestalte o.a. in Wolfheze, Wagenborgen, Munsterbilzen (België) en recentelijk Noordwijkerhout. Werden oorspronkelijk de woningen in 'Wolfheze' gebouwd voor hoofdzakelijk chronische patiënten, het basisschema, een aantal kleine units rond een klinisch centrum leent zich in feite voor het gehele psychiatrisch ziekenhuis. Wij stellen ons dan een 'model-setting voor als een geheel van kleine eenheden, van zes tot maximaal vijftien personen, aansluitend bij een plaatselijke dorpskern.
De psychiatrische hostels, dagziekenhuizen, gezinsverpleging, sluisinternaten, beschuttende werkplaatsen en sociaal-psychiatrische voorzieningen zijn vloeiende overgangen tussen psychiatrisch

ziekenhuis en maatschappij. De afstand tussen ziekenhuis en maatschappij kan door deze steeds gedifferentieerder wordende tussenschakels steeds kleiner worden wanneer men de waarde van de opname en behandeling in een meer besloten orthagogisch-medische setting blijft erkennen. Wordt dit laatste op den duur als een noodzakelijk kwaad ervaren dat eigenlijk te wijten is aan het grote falen van de maatschappij, dan wordt deze afstand spijts, of beter 'dank zij', alle tussenvoorzieningen alleen maar groter. Het psychiatrisch ziekenhuis wordt dan een soort instituut dat er eigenlijk niet hoorde te zijn voor patiënten die er eigenlijk niet zouden mogen wezen. Iets van deze attitude is bepaalde kringen binnen en buiten de geestelijke volksgezondheid momenteel niet vreemd. Het maatschappelijk isolement van het psychiatrisch ziekenhuis kan alleen worden doorbroken wanneer het ziekenhuis zelf een actieve rol speelt in het creëren van tussenvoorzieningen. Spijts alle gerechtvaardigde en ongerechtvaardigde kritiek van anti-psychiatrische zijde op de inrichting moet deze laatste ook blijven kiezen voor het odium. Uiteindelijk heeft ook een geesteszieke recht op een plaats waar hij ondanks alle handicaps kansen krijgt tot een gelukkig bestaan. De algemene tendens om de antropologie van waaruit binnen een psychiatrisch ziekenhuis wordt gewerkt alleen laten bepalen door een maatschappelijk gangbare ideologie kan voor het therapeutisch klimaat tot bijzonder schadelijke consequenties leiden.
Het is ook vaak wezenlijk therapeutisch het maatschappelijk waarden- en normensysteem te doorbreken. In dit perspectief heeft een zieke maatschappij voor 'gezonde' mensen iets te leren van een gezonde maatschappij voor 'zieken'. Overigens zijn wij het met Trimbos eens wanneer hij stelt dat 'leefgemeenschappen van psychosociaal deficiënte mensen die zich niet individueel kunnen handhaven in de maatschappij wel altijd nodig zullen blijven'. Ook zijn kritiek op het 'ziekenhuis-model' als 'bureaucratisch geïnstitutionaliseerd systeem', een produkt van 'een collectieve mentaliteit die van de geestelijk gestoorde een ongewenste vreemdeling maakt, een wezen van een andere soort en van een andere essentie' blijft nog steeds harde realiteit.
Naast de architectonische zijn de bedrijfsorganisatorische hervormingen voor de groei naar een adequaat therapeutisch klimaat van het grootste belang. Positief lijkt ons zeker de ontwikkeling naar multidisciplinaire afdelingsteams. De wijze waarop deze afdelingsteams van artsen, hoofdverpleegkundigen, psychologen, e.a. zich verhouden t.o.v. het veld, patiëntengroepen en hun verpleegkundige begeleiders, hangt echter nog te veel in de sfeer van het 'ziekenhuis-model' en de individueel gerichte 'arts-patiënt'-relatie. Wil een sociotherapeutisch gericht klimaat kansen krijgen dan volstaat het niet deze 'arts-patiënt'-relatie te vervangen door een 'team-patiënt'-relatie. Niet-medische teamleden, psychologen of maatschappelijk werkers, vullen dan met hun eigen discipline het oude basisschema in. Wat niet door enige discipline kan worden ingevuld, valt dan meestal onder de 'verpleging'.

Ter Horst constateerde dezelfde ontwikkeling in zijn orthopedagogische setting. Het op de individuele patiënt gerichte grondpatroon van de behandelingssituatie, de 'arts-patiënt'-relatie, is spijts alle moderne modificaties onverenigbaar met het sociotherapeutisch klimaat. Dit klimaat veronderstelt een primair stellen van de eerste-graadsstrategie, de arbeids-, woon- en vrijetijdssituatie, van waaruit de tweede- en derde-graadsstrategie pas mogelijk wordt. In deze sociotherapeutische benadering wordt dan ook het traditionele onderscheid tussen psychiatrische 'behandeling' en 'verpleging' opgeheven. Overal waar men actief handelend 'op een methodische wijze een beperkt doel beoogt' (Kok), is men 'behandelend' bezig. Deze methodische aanpak, ingebed in een sociotherapeutisch leefklimaat, kan zowel van medische als van verpleegkundige, psychologische of agogische zijde plaatsvinden.
Ook de wijze waarop het 'methodisch behandelen' binnen een klimaat wordt nagestreefd kan zeer verschillend worden benaderd. Slot-Adelbert schreef een boeiende studie over een aantal vakantiereizen met 'residentieel opgenomen kinderen en volwassenen'. In ons hierin beschreven vakantie-experiment in Zwitserland uit 1974 legden wij vooral het accent op het 'gewóón op vakantie gaan, als gewone mensen onder alle andere gewone mensen'. De betekenis van deze uitspraak dient geïnterpreteerd vanuit het onderscheid tussen klimaat en behandeling, gerichte therapie. Een te gerichte programmering, vooral op vakantie, zou wel ieder therapeutisch klimaat en ieder 'therapeutisch effect' onmogelijk kunnen maken. Het onverwachte, het 'geschonken moment' zou wel een grotere therapeutische relevantie in zich kunnen dragen dan het 'bedoelde'. De tegenstelling 'klimaat' versus 'gerichte therapie' heeft ook antropologische wortels, impliceert een verschillende ruimte- en tijdsstructuur. De tijdsstructuur van het 'klimaat' is de presentische tijd, de Bergsoniaanse durée; de tijdsstructuur van het gericht methodisch werken is de chronologische tijd. Het onderscheid dat Straus maakte tussen de presentische, pathische en de doelgerichte, gnostische ruimte, geeft goed het verschil in de antropologische ruimtestructuur aan.
Kiezen voor een sociotherapeutisch klimaat impliceert het binnen de organisatie centraal stellen van kleine leef- en woongroepen waarin de verpleegkundige-begeleid(st)er ten aanzien van leefklimaat en behandeling in het veld de voornaamste taak heeft. Het multidisciplinair team van hoofdverpleegkundigen en specialisten evolueert dan van 'behandelend' team tot 'stuurgroep' waarop, aansluitend bij het sociotherapeutisch klimaat, voor advies en 'gespecialiseerde behandeling' ook beroep kan worden gedaan.
Voor een ontwikkeling in de richting van een algemeen sociotherapeutisch klimaat binnen de psychiatrische inrichting pleiten niet alleen therapeutische doch ook uiterst praktische argumenten. Van Ree heeft hier enkele zeer relevante beschouwingen aan gewijd in een artikel 'De B-verpleegkundige als behandelaar'. Wanneer hij het takenpakket en de 'psychotherapeutische inzetbare

krachten' binnen de medisch-psychologische staf van het psychiatrisch ziekenhuis 'Vogelenzang' (Bennebroek) naast de behoefte aan psychotherapie en groepstherapie legt, komt hij tot de conclusie dat een ontwikkeling van de verpleegkundige tot 'behandelaar' dringend noodzakelijk is. Zelfs met een zeer gunstige medisch-psychologische stafbezetting blijkt dus het oude individueel gerichte en evenentueel gemodificeerde 'arts-patiënt'-model, los van het sociotherapeutisch klimaat, irrelevant.

Het traditionele psychiatrisch ziekenhuis zal zich slechts kunnen ontwikkelen tot een orthagogisch-medisch instituut wanneer zowel op architectonisch-, bedrijfsorganisatorisch- als therapeutisch vlak radicaal met het 'ziekenhuis'-model wordt gebroken. Alleen in een sociotherapeutische setting bestaande uit gevarieerde en flexibele kleine leefgemeenschappen heeft een adequaat therapeutisch klimaat voor 'psycho-sociaal gehandicapten' de beste kansen. Orthopedagogische theorievorming en ervaring is voor het zoeken naar adequate modellen voor deze leefgemeenschappen van grote waarde.

Literatuur

Carp, E. A. D. E., *Sociotherapie, actieve aanpassingstherapie,* De Tijdstroom, Lochem, 1954.

Eynde, I. E. I. M. van, Psychiatrie nog steeds in discussie: enkele cultuurfilosofische overwegingen rond mogelijke ontwikkelingen, *Tijdschrift voor Psychiatrie,* 16, 1974, pp. 665-677.

Horst, W. ter, *Ontwarring en ordening,* J. H. Kok, Kampen, 1970.

Kok, J. F. W., *Opvoeding en hulpverlening,* Lemniscaat, Rotterdam, 1973.

Kok, J. F. W., Therapeutisch klimaat in het orthopedagogisch behandelingstehuis, in: *Persoonlijkheid en ontwikkeling,* Haarlem 1971, pp. 101 e.v.

Ree, F. van, De B-verpleegkundige als behandelaar, *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid,* 1975, pp. 391-396.

Schulte, W., *Klinik der 'Anstalts'-Psychiatrie,* Georg Thieme Verlag-Stuttgart, 1962.

Simon, H., Aktivere Krankenbehandlung in der Irrenanstalt, 1929, *Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie,* p. 287.

Slot-Adelbert, N. F. A., Over de grens, *Tijdschrift voor Orthopedagogiek,* juli/augustus, 1975.

Straus, E., Die Formen des Räumlichen, *Der Nervenarzt,* 1932.

Trimbos, K., *Antipsychiatrie,* van Loghum Slaterus, Deventer, 1975.

Valk, J., Een sociotherapeutisch experiment in de Belgische Ardennen met chronische psychiatrische patiënten, *Tijdschr. v. Orthopedagogiek,* april, 1969.

Samenvatting

De aard van het 'therapeutisch klimaat' werd en wordt binnen de psychiatrische ziekenhuizen bepaald door het model van waaruit wordt gewerkt. Vanaf Pinel werd het klimaat hoofdzakelijk bepaald door het medisch model.

Therapeutisch klimaat en sociotherapeutische praxis

Na enkele experimenten in de 19e eeuw was in de 20e eeuw H. Simon de grote hervormer van het therapeutisch klimaat vanuit een 'orthagogisch model'.
Het gangbare 'ziekenhuismodel' voor psychiatrische inrichtingen zal moeten worden omgevormd tot een 'orthagogisch-medisch model'. Het psychiatrisch ziekenhuis zal zich dienen te ontwikkelen tot een orthagogisch-medische setting met kleine flexibele leefgemeenschappen voor 'psychosociaal gehandicapten' voor wie beschut wonen noodzakelijk is.
De hervorming dient plaats te vinden op drie niveau's: architectonisch, organisatorisch en therapeutisch. Op dit laatste niveau is een hervorming in sociotherapeutische richting noodzakelijk. Theorievorming en ervaringen uit de orthopedagogiek kunnen hierbij dienstig zijn.