

SOCIOTHERAPIE, ENKELE PROGRAMMA'S. HUN BEDOELING EN ACHTERGROND

door R. VAN LOMMEL, R. DOM, F. BARO en K. BLANCHE*

De sociotherapie is ontstaan als een reactie tegen het custodialisme van de klassieke hospitaalbenadering. Daarom schetsen we kort het custodialisme in zijn voornaamste kenmerken. Daarna geven we de grote lijnen weer van de reactie op het custodialisme. Meteen schetsen we de bedoelingen van de sociotherapie en geven we de achtergrond van de sociotherapie die wij trachten uit te bouwen.

Aansluitend komen we tot de praktijk van enkele concrete programma's met de problemen waarvoor we gesteld worden. We menen dat het zeer belangrijk is concrete programma's te evalueren en dat doen we hier bondig.

Laten we vooraf duidelijk stellen dat deze sociotherapeutische programma's gericht zijn op chronische psychotici, die reeds lang in een inrichting verblijven. Het is een vrij gedeterioreerde populatie. Het best kunnen we dit illustreren door hun uitslagen op twee aandachtstesten te vergelijken met de uitslagen van normalen. Tabel 1 maakt duidelijk dat ze veel minder snel zijn in een statische zowel als in een dynamische aandachtstaak.

De taken vindt men elders beschreven: VAN LOMMEL, BARO, DOM (1972) (16); VAN LOMMEL & DONY (1972) (18).

Tabel 1: Snelheid in seconden waarmee een groep psychotici (n=120) en een groep normale subjecten (n=60) twee aandachtstaken uitvoeren.

aandacht	chronische psychotici	normale subjecten
statische	21"86	13"44
dynamische	9"02	4"56

* Van Lommel, R.: Departement van Psychiatrie van de Katholieke Universiteit Leuven, Psychiatrisch Centrum St. Kamillus, Broeders van Liefde, 3043 Bierbeek en Klinisch Onderzoek, Janssen Pharmaceutica, Research Laboratorium, B-2340 Beerse.

Dom, R.: Departement van Psychiatrie van de K.U.L., St. Kamillus, Broeders van Liefde, 3043 Bierbeek.

Baro, F.: Hoofdgeneesheer, Departement van Psychiatrie van de K.U.L., St. Kamillus, Broeders van Liefde, 3043 Bierbeek.

Blanche, K.: Destijds stagiaire aan het Psychiatrisch Centrum St. Kamillus, Broeders van Liefde, 3043 Bierbeek.

1 HET CUSTODIALISME

Wanneer we van custodialisme spreken, dan is dat niet van iets dat tot het verleden behoort. In vele psychiatrische centra blijft het custodialisme een overheersende tendens.

Vanuit het leven van de patiënt bekeken kunnen we het karakteriseren door een gebrek aan initiatief van de patiënt, beperkte vrijheid, routine, geen verantwoordelijkheid en een minimum aan interpersoonlijke relaties.

Van de kant van de psychiater bekeken (hij is er de enige die 'behandelt') zien we dat behandeling en hospitaalleven los staan van elkaar.

Verder wordt het custodialisme in de hand gewerkt door factoren als beperkt budget, multiële subordination van de patiënt en de werknemers, een rigide hospitaal systeem waarbinnen ieder zijn statuut beschermt en tenslotte de custodiale ethiek in wier naam de patiënt en de maatschappij tegen elkaar moeten beschermd worden: SANDERS, SMITH & WEINMAN (1967) (14).

2 SOCIOTHERAPIE

Bij het custodialisme hebben we gezien dat behandeling en sociaal leefmilieu los staan van elkaar. De sociotherapie nu poogt ook dat sociaal leefmilieu als therapeutische factor aan te wenden. Men tracht van de groep het therapeutisch vehikel te maken.

2.1 Historische schets — We denken niet aan Pinel, Esquirol of Dorothea Lynde Dix, die zich allen beijverden om betere levensvoorwaarden voor de psychiatrische patiënt te creëren.

Van 1825 tot 1875 is er echter een eerste evolutie in de richting van een grotere nadruk op sociale factoren: *moral treatment*.

GREENBLATT (1955) (5) beschrijft deze behandeling als 'a therapy that emphasized closed and friendly association with the patient, intimate discussion, and the daily pursuit of purposeful activity'. Deze beweging gaat dus meer aandacht schenken aan de face-to-face relaties tussen personeel en patiënten, maar de groep als zodanig staat nog niet in de belangstelling.

Vanaf ± 1930 spreekt men van *milieuthérapie*: hier wordt expliciet de nadruk gelegd op het milieu als potentiële therapeutische of pathogene factor. H. S. SULLIVAN (1931) (15) is één van de leidinggevende figuren. De psychiatrische inrichting moet, eer dan een bewaarplaats voor mislukten, een school voor persoonlijkheidsgroei zijn. Het is een opvoedingssituatie, niet langs verbaal onderricht, maar langs de ervaring in het gemeenschapsleven. Sullivan stelt twee doeleinden: de ontwikkeling van de interpersoonlijke relaties enerzijds en de creatie van een om-

geving waarin die ontwikkeling de meeste kansen krijgt anderzijds. Hij hecht veel belang aan de selectie van verpleging en zaalhoofden en werkt zelf eer met hen dan direct met de patiënten. Eerst moet een 'social recovery' bereikt worden, daarna pas kan de patiënt een 'real recovery' aan.

De *total push*-beweging (1939) is gericht op het intensiveren van zowel de somatische als de psychosociale methodes bij de behandeling van chronische schizofrenen: MYERSON, A. (1939) (10). Om institutionalisatie te voorkomen, zette hij een rigoureuus therapeutisch programma op met de klemtoon op de activatie. Het gaat om oefening en spel, fysiotherapie, een verrijkt dieet, meer aandacht voor het voorkomen, een systematische introductie van beloning en straf en verder een reeks gestructureerde activiteiten zoals bezigheidstherapie, muziek, dans, handenarbeid, enz.

Myerson had echter te weinig aandacht besteed aan de interpersoonlijke factoren. PAUNCZ (1954) (12) beklemtoont dan ook in de *total push*-beweging wat Sullivan de 'educatieve' benadering van de patiënt genoemd had. Men start de behandeling op het functioneringsgebied dat relatief intact bleef. Hij wijst verder ook op het belang van de positieve attitudes van het personeel en hij dringt erop aan dat de verpleging en de hulpverlening een grotere rol zouden spelen in de behandeling. De *total push*-beweging zet een reeks activiteiten op waardoor het milieu gestructureerd wordt om als therapeutische factor te werken.

Vanuit een totaal andere nood ontstond de idee van de *therapeutische gemeenschap*, nl. vanuit een tekort aan geschoold personeel voor de behandeling van het enorme aantal gevallen van oorlogsneurose na de 2e W.O. Dat leidde ertoe dat er trainingsprogramma's ontstonden op functionele eer dan op therapeutische basis, op groepsniveau eer dan op individueel niveau. Dat lijkt dan ook het grootste onderscheid te zijn tussen *total push* en *therapeutische gemeenschap*: bij *total push* is het vertrekpunt de activatie van de individuele patiënt, wat het gemakkelijkst kan gebeuren door hem in een reeks groepsactiviteiten in te schakelen. In de *therapeutische gemeenschap* echter vertrekt men van de groep als dusdanig: 'the therapeutic community is organized and developed in order to make available for treatment purposes all relationships and all activities in the life of the patient' JONES (1968) (9).

Baanbrekend werk in dit opzicht vinden we bij Maxwell Jones (1968) (9). Als noodzakelijke voorwaarde voor het optimaal functioneren van personeel en patiënten stelt hij dat er een verandering moet komen in de sociale structuur van de inrichting, waarvan de basisprincipes moeten zijn: *democratisering, permissiviteit, gemeenschapsleven en confrontatie met de realiteit*.

Er bestaat één groot gevaar: de *therapeutische cultuur* die op de afdeling groeit, legt een waardesysteem aan dat totaal verschilt van het waardesysteem dat in de maatschappij opgang maakt. Dat brengt na-

tuurlijk moeilijkheden mee in verband met de terugkeer naar de maatschappij. Zie de discussie tussen NUYENS en BIERENBROODSPOT (1971) (11).

2.2 Het milieu is een therapeutische factor — Uit de historische schets en uit de evolutie tot en met de therapeutische gemeenschap, moeten we voor ons een reeks belangrijke factoren naar voren halen. Het sociaal milieu kan therapeutisch worden indien er tussen patiënt en personeel face-to-face relaties bestaan, indien de behandeling interpersoonlijke relaties bevordert. Daartoe moet men een geschikt milieu creëren. Het therapeutisch programma moet rigoureus op activatie gericht zijn en leren beogen. Tenslotte kan dit leren dan ook een sociaal leren zijn.

Door al deze factoren een beïnvloedingskans te geven maken we van het sociaal milieu een therapeutisch vehikel. Nog al te dikwijls heeft het sociaal milieu van het psychiatrisch centrum enkel een negatieve invloed: het bevordert hospitalisme dat de psychopathologische trekken van de patiënt overwoekert en/of intensiveert. We denken bij deze opmerkingen in de eerste plaats aan de nog steeds grote groep van chronische psychiatrische patiënten, die door de maatschappij afgeschreven zijn.

2.3 Het model van waaruit men sociotherapie bedrijft — We menen dat psychiatrische discussies nogal eens oeverloos verlopen omdat men zich dikwijls niet bewust is van zijn denkmodel en zijn a priori-standpunten. Het is onwetenschappelijk en vooral verwarrend termen en begrippen van een verschillende oorsprong door elkaar te gebruiken. Het is ook niet gemakkelijk ze uit elkaar te houden. We zelf menen dat we binnen de traditie van de sociotherapie kunnen blijven en de bovengenoemde factoren kunnen laten inwerken op de patiënt vanuit een behavioristische achtergrond. We hanteren geen medisch model, dat klassificeert, naar oorzaken zoekt en eerst en vooral biofysisch behandelt. Toch zal men straks zien dat we bij de evaluatie van onze programma's systematisch rekening hebben gehouden met de farmacologische behandeling.

We hanteren evenmin een psychodynamisch denkmodel, waarin we zouden terugkeren naar de belevenis van het verleden en waarbij we het actuele gedrag zouden zien als een symptoom van wat anders. Maar het zinvolle gedrag van de patiënt is aangeleerd en we willen hem, bij middel van de sociotherapie, nieuw gedrag leren. We stellen een sociaal leren in. Bij het leren van dit nieuwe gedrag speelt de omgeving een rol, het stimulus milieu, maar ook wat er zich in het organisme afspeelt. We hanteren op een systematische wijze bekrachtigers, zonder dat we helemaal een compleet uitgewerkt Token economy systeem uitwerken: AYLLON, T. & AZRIM, N. H. (1968) (1).

3 CONCRETE SOCIOTHERAPEUTISCHE PROGRAMMA'S

JANSSEN en PIERLOOT (1970) (8) schrijven dat men de programma's moet richten op Ego-versterking. Dat is het therapeutisch aanknopingspunt. Daarna heeft men een strategie nodig: de middelen om de Ego-versterking door te voeren.

Wij menen dat, voor de opbouw van sociotherapeutische programma's, het onderscheid therapeutisch aanknopingspunt-middelen belangrijk is. Maar we zijn er ook van overtuigd dat we het therapeutisch aanknopingspunt verder kunnen nuanceren. Er is als therapeutisch aanknopingspunt méér dan Ego-sterkte. Zeker wanneer men met chronische schizofrenen te doen heeft.

Vanuit wat we tevoren over het custodialisme hebben gezegd, menen we dat het eerste therapeutische aanknopingspunt de reactivatie is. De patiënt wordt er geconfronteerd met een verrijkte stimulussituatie, waarop hij zal reageren.

Daarna kunnen we overgaan tot programma's die zich richten op de remotivatie van de patiënt. Het gedrag dat uitgelokt wordt door het programma — en het programma is de stimulussituatie — met geordend zijn en geïntegreerd.

Het is niet meer voldoende dat de patiënt reageert. We verwachten dat hij reageert volgens bepaalde doelstellingen. Eén van de doelstellingen of één van de therapeutische aanknopingspunten is dan de Ik-sterkte. Voor psychotici is er echter nog meer: het realiteitsbesef of de reality testing. Verder is daar nog de sociale vervreemding.

Natuurlijk zal men tussen deze aanknopingspunten wel verbanden kunnen vinden. Maar we menen dat dit onderscheid nuttig is omdat het ons helpt concrete programma's uit te werken en omdat het het ganse psychiatrisch team, aan een programma werkzaam, helpt in een zelfde richting te handelen.

Eerst reactivatie, dan remotivatie en tenslotte komt eventueel ook voor de chronische psychoticus de rehabilitatie in aanmerking. Het is de begeleiding die rechtstreeks op het ontslag van de patiënt gericht is. We zullen nu enkele concrete programma's beschrijven. Bij deze programma's hebben we ook getracht te onderzoeken met welke neuroleptische behandeling de patiënten het best aan hun trekken kwamen. De neuroleptica die daarbij vergeleken werden zijn haloperidol: JANSSEN (1967) (16), penfluridol: BARO e.a. (1970) (2) en pimozide: JANSSEN e.a. (1972) (7). Over de resultaten die we daarmee behaalden zullen we straks in het kort rapporteren. Elders werd of wordt echter uitvoerig over deze onderzoeken geschreven en we willen er hier slechts kort op ingaan: VAN LOMMEL e.a. (1972) (16); VAN LOMMEL e.a. (1972) (17).

Dit onderzoek was voor ons niet alleen belangrijk omwille van de resultaten, maar het is voor ons steeds een hulp geweest om onze be-

doeling zuiver te stellen en om ons handelen te stimuleren.

3.1 Een reactivatieprogramma — Het therapeutisch aanknopingspunt voor dit programma is: het geïsoleerde, autistische en geregresseerde bestaan, het hospitaalsyndroom van de psychoticus. Een verarmd stimulusmilieu heeft het organisme verstand, er is bijna geen gedrag meer. Bij middel van de groep en een ander milieu willen we dit hospitaalsyndroom afbreken. Door de stimulussituatie te verrijken worden er meer responsen uitgelokt en het organisme zal ook wakker worden.

3.1.1 Algemene houdingen en groepen — We menen dat de inhoud van een reactivatieprogramma niet zo belangrijk is. De enige voorwaarde waaraan voldaan moet worden is verrijking van het stimulusmilieu.

Dit programma liep over zes maanden. De patiënten werden neuroleptisch of met haloperidol of met penfluridol behandeld. Hun eventuele slaapmedicatie bleef gehandhaafd. We volgden ter evaluatie van de sociotherapie en neuroleptische behandeling binnen de sociotherapie twee groepen met dezelfde medicatie in een traditioneel custodiale situatie.

De groepen werden ingedeeld volgens een gedragsobservatieschaal zodat de groepsleden voor sociale aanpassing homogeen waren. De groepen verschillen in aantal leden. De groepen van het laagste niveau tellen slechts vier leden. De groepen met de beste sociale aanpassing tellen acht leden. We stelden tien groepen samen. Het personeel werd gevraagd permissief te zijn ten aanzien van alle, behalve agressief gedrag. We werkten met een groep van 60 patiënten. Hun leeftijd lag tussen 22 en 62 jaar (gemiddeld 44 jaar) en ze waren tussen de 2 en de 28 jaar (gemiddeld 12 jaar) opgenomen.

3.1.2 Het programma — Wekelijks was er een algemene vergadering waarop informatie werd doorgegeven over maatregelen die ten aanzien van sommige patiënten werden getroffen, over komende activiteiten. Daar konden patiënten dan ook informatie geven of vragen. Deze vergadering duurde hoogstens 20 minuten, maar betekende toch veel voor het opentrekken van de atmosfeer.

Alle groepen werden om de 14 dagen tot een groepsdiscussie over het afdelingsleven uitgenodigd.

Ze kregen wekelijks één les of conferentie rond de volgende themata: kledij, lichaamsverzorging, tafelgewoonten, verkeersreglement en seksueel gedrag.

Verder waren er wekelijks activiteiten in groepsverband rondom hygiëne. Dat gaat van het verzorgen der eigen kledij tot het ordenen van hun kleerkasten en het aanvullen van hun uitzet.

Rond Sinterklaas, Kerstmis en Nieuwjaar, Carnaval en een fancy fair werd de opschik van de leefruimte en de organisatie van feestjes onderwerp van een reeks groepsactiviteiten.

Een confrontatie met de wereld buiten de inrichting bewerkten we door

om de vier weken met de groepen op een woensdagmiddag naar de stad te gaan: trein nemen, koffie drinken, iets eten, filmbezoek, gewoon winkels kijken.

Psychomotorische reactivatie werd beoogd door een wekelijkse bewegingstherapeutische sessie.

3.2 Een remotivatatieprogramma — Het was onze bedoeling de patiënten die uit een reactivatieprogramma kwamen nu te confronteren met een reeks gegevens die hen om integratie vroegen. Sociale vervreemding, Iksterkte en reality testing worden in verschillende programma's als doel gesteld. Op dit moment kunnen we alleen over het eerste berichten.

3.2.1 Groepsindeling, leiding en neuroleptische behandeling — Vanuit het vorige programma meenden we vooral betreffende de leiding en de stijl van het leidinggeven een reeks preciseringen te kunnen formuleren. De groepsindeling verloopt zoals bij het vorige programma. Elke groep krijgt nu echter formeel een leider (van het psychiatrisch team) toegewezen, om te vermijden dat steeds dezelfde patiënten aandacht krijgen in de individuele contacten.

Een deel van de activiteiten zijn in handen van de groepsleider; daarnaast neemt elk lid van het team een vaste activiteit voor zijn rekening, die hij in alle groepen doorvoert. We wilden vermijden dat een groepsleider die een lager functionerende groep heeft zelf zou gedrukt worden door het niveau van zijn groep. We opteren voor een leiding die directief is, zonder autoritair te worden. De leider zal telkens opnieuw uitleggen waarom een bepaalde activiteit ondernomen wordt.

Bij weigering van de patiënt om deel te nemen, wordt hij toch verplicht en voor verdere verantwoording kan hij terecht bij de arts of de psycholoog.

Uit de literatuur betreffende de neuroleptica bleek dat pimozide: POLDINGER (1971) (13); GOLDWURM e.a. (1971) (4); BARO e.a. (1972) (3) resocialiserende effecten heeft. Om dit te evalueren werden de patiënten neuroleptisch ofwel met haloperidol, ofwel met penfluridol ofwel met pimozide behandeld.

3.2.2 De inhoud van het programma

3.2.2.1 De anderen — Iedere week is er onder leiding van de groepsleider een informele sessie waarbij men samen koffie drinkt en zo maar wat praat over dingen die toevallig ter sprake komen. Eventueel worden verjaardagen met de groep in een extra informele sessie gevierd met gebak en een glaasje wijn. Soms worden er ook in de groep brieven geschreven. De bedoeling van al deze sessies is: de relaties tussen de groepsleden personaliseren en een groepsbewustzijn scheppen zodat de patiënten iets van een 'leefgroep' ervaren.

In een poging om 'de anderen' niet te beperken tot de mensen die ze dagelijks zien, werd iedere week door twee groepen een muurkrant gemaakt met kranteknipfels van die week. De groep bepaalt het thema.

Iedere woensdagmiddag konden die groepjes, die zich vrij vormden, los van de groepsindeling, met een verplegende ofwel boodschappen doen in een groot warenhuis (ze vinden elkaar terug in de cafetaria), ofwel een film gaan zien. Op het filmbezoek volgde een bespreking.

3.2.2.2 Geld en geldbeheer — In een eerste sessie praat men los over geld vanuit de vraag: hoeveel verdiende je vroeger, hoeveel zakgeld kreeg je? In een tweede sessie praat men vanuit de vraag: Wat deed je met je geld? Een derde sessie diende om de verwachtingen ten aanzien van geld in de toekomst te formuleren.

De volgende stap is dan de budgettering: stel je voor dat je per maand 10.000 fr. zou verdienen, hoe zal je het uitgeven. Of de besteding, die ieder voor zich uitwerkt, de verstandigste is, of men zich realiseert aan welke behoeften ze voldoet, is onderwerp van een volgende bespreking. Alle groepen brengen een bezoek aan de maatschappelijk werker om hun huidige financiële status te verkennen: wat bezit ik, vanuit welke bron (erfenis, ziekengeld, openbare bijstand, enz.).

De bedoeling van deze reeks bestaat erin de chronische patiënten een realistisch beeld te helpen vormen over de waarde van het geld. Naargelang het niveau van de groep moet men dit anders aanpakken: in de goede groepen kon dit vrij abstract gebeuren en waren de schattingen tamelijk realistisch, terwijl bij de lager functionerende groepen meer concreet moest gewerkt worden (bv. in plaats van een budget van 10.000 fr. een som van 20 fr. in de hand geven en vragen wat je daarvoor allemaal kunt kopen in de kantine).

3.2.2.3 Arbeid — In een eerste reeks sessies vertelt ieder groepslid, na voorbereiding met de groepsleider, over wat hij voor zijn opname deed, wat daar moeilijk aan was, wat hij daarvan graag deed. We menen dat het belangrijk is om bij de vroegere motivaties aansluiting te vinden en zo dan voor de toekomst opnieuw te motiveren.

In een tweede reeks sessies gaan ze in het psychiatrisch centrum de verschillende arbeidsmogelijkheden bezoeken.

Tenslotte werden met expressietechnieken verschillende arbeidssituaties en -mogelijkheden uitgebeeld.

3.3 Evaluatie — In SANDERS e.a. (1967) (14) zijn een reeks studies in verband met het effect van sociotherapie op het herstel van schizofrenen samengevat. Ze besluiten dat deze benadering de sociale ontbering verbetert. Wij wilden nagaan of psychotici met een sterk verarmd gedrag konden gereactiveerd worden. De reactivatie hebben we gemeten door middel van een sociale aanpassingsschaal, aandacht en intelligentie. Na zes maanden aan een reactivatieprogramma deel genomen te hebben is de groep psychotische patiënten meer aangepast aan de materiële en menselijke omgeving. De persoonlijke hygiëne en algemene interesse nam toe. Hun aandacht verbeterde significant. De intelligentie-test verbeterde ook significant in de controlegroepen.

Er is relatief weinig onderzoek dat de complexe interactie tussen far-maca en milieu tracht te verhelderen. Er werden meer inspanningen gedaan om farmacotherapie en andere therapieën zoals de sociothera-pie tegen elkaar af te zetten.

We menen vanuit onze gegevens dat, naar gelang de neuroleptische behandeling, onder een reactivatieprogramma patiënten verschillend veranderen. De patiënten die met penfluridol behandeld worden, kun-nen we karakteriseren als vriendelijker en meer open voor concrete si-tuaties en voor concrete dynamische taken. De scores op de Grünbaum-aandachtstaak wijzen op een duidelijke interactie tussen neuro-leptische behandeling en hospitaalsetting. Penfluridol in een sociothera-peutisch programma van reactivatie (PS) resulteert in een significante verbetering van de aandacht in vergelijking met haloperidol in dezelfde conditie (HS), terwijl penfluridol en haloperidol in de traditionele custo-diale situatie (PT en HT) niet verschillen (tabel 2). Ze vertonen meer dan patiënten behandeld met haloperidol, interesse in hun omgeving. Haloperidol daarentegen lijkt tenminste in dit onderzoek, superieur te zijn indien we abstracte intelligentie willen bevorderen.

Tabel 2, Statistische analyse van de inter-groepverschillen voor versneld werken aan een dynamische aandachtstaak (Mann Whitney U test)

condities	p
PS-HS	0.008
PT-HT	0.39
PS-PT	0.09
HS-HT	0.48

Bij gelegenheid van het remotivatieprogramma, waarin we vooral de bewustwording van de ander beoogden, hebben we ook getracht het eventueel antipsychotisch effect van een sociotherapie na te gaan. Vroegere onderzoeken: SANDERS (1967) (14) hebben geen verbetering van de psychotische symptomatologie aangetoond.

Onze gegevens suggereren dat het antipsychotisch effect van haloperi-dol, penfluridol en pimozide in een traditionele hospitaalconditie gelijk-waardig is. Het antipsychotisch effect van de drie neuroleptica is door het sociotherapeutisch programma geïntensiveerd en voor 'blunted af-fect' is pimozide in deze condities superieur aan haloperidol en pen-fluridol.

Of de patiënten van dit remotivatieprogramma nu elkaar ook werkelijk beter kennen, hebben we nagegaan door hun een toevallige reeks van foto's van medepatiënten voor te leggen vóór en na het programma. Alle patiënten uit de sociotherapeutische conditie kennen méér ande-ren, maar vooral de groep die met pimozide behandeld wordt kent er meer. In de traditioneel custodiale conditie kent men elkaar na verloop

van tijd niet beter (tabel 3).

Tabel 3: fototest. Gemiddeld verschil ($m \Delta$) in behaalde score voor en na het sociotherapeutisch programma. Statistische analyse bij middel van de Wilcoxon matched-pairs signed -ranks test

condities	$m \Delta$	p
Pe. Soc. H.	+2.36	0.05
Pi. Soc. H.	+5.67	0.01
Ha. Soc. H.	+2.07	0.05
Pe. Trad. H.	+0.71	n.s.
Pi. Trad. H.	+1.47	n.s.
Ha. Trad. H.	-1.36	n.s.

Voor chronische psychotici zal een inspanning van sociotherapeutische aard een gunstige invloed hebben in de richting van de doelstellingen van die sociotherapie en de mogelijkheden geboden door de neuroleptische behandeling.

We menen dat het er op aankomt zo goed mogelijk omliggende doelstellingen te formuleren, zodat het handelen van het team geen zelf-bedrog wordt.

Voor ons is het duidelijk dat de aard van de neuroleptische behandeling een belangrijke rol speelt. Onze onderzoeksgegevens tonen aan dat pimozide en penfluridol in een sociotherapeutisch kader beter functioneren dan het klassieke neurolepticum haloperidol.

Verder onderzoek is gepland om andere programma's met een andere doelstelling te evalueren, maar ook om verschillende groepstechnieken ten aanzien van een zelfde doelstelling tegen elkaar af te wegen.

SUMMARY

SOCIOTHERAPY, SOME PROGRAMS, THEIR INTENTIONS AND THEIR BACKGROUND

After a brief description of the characteristics of custodialism, a historical review is given of sociotherapy.

The so-called moral treatment, the total push movement, and the school that centers around the idea of the therapeutical community are dealt with shortly. In the authors' view, the social milieu should be made a therapeutical vehicle through an activation-oriented therapeutical program, with social learning as the ultimate objective.

Sociotherapeutical programs are then discussed, which should aim at as the patient's reactivation through an enriched stimulus situation, and as the patient's remotivation by influencing ego-weakness, awareness of reality, and social withdrawal. The authors have put such program into practice in chronic psychotics and compared these patients to a similar group living in a custodial hospital setting. They found that after a six months' participation in a reactivation program, patients were better adapted to their physical and social environment. Using various drugs (penfluridol, haloperidol, and pimozide), the authors found that, depending on the neuroleptic used, patients react differently under a sociotherapeutic program; in a custodial hospital setting, the action of these drugs remained the same.

LITERATUUR

- 1 Ayllon, T. & Azrim, N. H. *The token economy: a motivational system for therapy and rehabilitation.* New York, Appleton-Century-Crofts, 1968.
- 2 Baro, F., Brugmans, J., Dom, R. & Van Lommel, R. Maintenance therapy of chronic psychotic patients with a weekly oral dose of R 16 341. A controlled double-blind study, *J. Clin. Pharmacol.*, 10, 330-341, 1970.
- 3 Baro, F., Van Lommel, R., Dom, R. & De Mesmaecker, L. Pimozide treatment of chronic schizophrenics as compared with haloperidol and penfluridol maintenance treatment, *Acta Psychiat. Belgica*, 72, 199-214, 1972.
- 4 Goldwurm, G. F., Cocchi, A., Perosino, N. Terapia della sindromi schizofreniche con un farmaco ad azione prolungata: il pimozide, *Clin. terap.*, 57, 527-539, 1971.
- 5 Greenblatt, M., York, R. H., Brown, E. L. *From custodial to therapeutic patient care in mental hospitals*, New York, Russell Sage Foundation, 1955.
- 6 Janssen, P. A. J. The pharmacology of haloperidol, *Intern. J. Neuro-psychiat.*, 3, 10-18, 1967.
- 7 Janssen, P., Brugmans, J., Dony, J. & Schuermans, V. An international double-blind clinical evaluation of pimozide, *J. Clin. Pharmacol.*, 12, 26-34, 1972.
- 8 Janssen, J., Pierloot, R., Milieutherapie en sociotherapie, *Ned. Tijdschrift psychiatrie*, 12, 1970.
- 9 Jones, M., a) *Social psychiatry in practice. The idea of a therapeutic community*, Pinguin Books, London, 1968.
b) *Beyond the therapeutic community*, New York, New Haven and London, Yale Univ. press, 1968.
- 10 Myerson, A. Theory and principles of total push in the treatment of chronic schizophrenia. *Am. J. Psychiatry*, 95, 1197-1204, 1939.
- 11 Nuyens, Y. & Ampe, A. M. Het therapeutisch milieu: tussen mythe en realiteit, *Ned. Tijdschrift voor Psychiatrie*, 13, 301-317, 1971.
- 12 Pauncz, A. Theory of the total push program in psychiatry, *Am. J. Psychotherapy*, 8, 11-20, 1954.
- 13 Pöldinger, W. Clinical experience with pimozides, *Current Therap. Res.*, 13, 23-27, 1971.
- 14 Sanders, R., Smith, R. S., Weinman, B. S. *Chronic psychosis and recovery*, San Francisco, Jossey-Bass, 1967.
- 15 Sullivan, H. S. Socio-psychiatric research. Its implications for the schizophrenia problem and for mental hygiene, *Am. J. Psychiatry*, 11, 519-540, 1931.
- 16 Van Lommel, R., Baro, F., Dom, R. Interaction between neuroleptic therapy and socio-therapeutic approach, *Pharmakopsychiatrie*, 5, 94-104, 1972.
- 17 Van Lommel, R., Baro, F., Dom, R., Brugmans, J. *The resocializing effect of pimozide*, Communication at CIMP Congress, Copenhagen, 1972.
- 18 Van Lommel, R., Dony, J. De Bourdon-Wiersma-stippeltest en Grünbaum-test. Een onderzoek naar de heretestingsbetrouwbaarheid en de intercorrelatie. *Leuv. Bull. Lapp.*, 21, 217-221, 1972.