

Sociotherapie, TBR en leertheoretisch behandelingsmodel

door drs W. J. Pool

Over de identiteit van de sociotherapeut of sociotherapeutische medewerker of stm'er of socio bestaan verschillende opvattingen. Deze verschillen hebben betrekking op de vooropleiding en op de therapeutische bijdrage in het totaal van de behandeling. Om de verschillen enigszins toe te lichten: begin vorig jaar liet de Pompekliniek een advertentie uitgaan voor sociotherapeutische medewerkers. In deze advertentie kon men lezen dat stm'ers het dagelijks leven met de bewoners delen en daarbij trachten het sociaal functioneren te bevorderen. Ook stimuleren zij de bewoners van de aangeboden mogelijkheden tot therapie en bezigheid een actief gebruik te maken. Voor deze functie kwamen in aanmerking: verpleegkundigen. Ongeveer gelijktijdig schrijft Van Ree (1977) in een artikel over de nieuwe kleren van de psychiatrie dat de verpleegkundige opleidingen ondeugdelijke toelatingsvoorwaarden zijn voor het geestelijk welzijnswerk, omdat de daarin geleerde attitude en kennis voor de hulpverlening bij psychisch onregelenden een voornamelijk negatieve betekenis hebben. Intussen is er binnen het Ministerie van Justitie, althans bij de Rijksinrichtingen en bij enige particuliere inrichtingen, een middelbare beroepsopleiding inrichtingswerk vastgesteld als minimum opleidingseis voor stm'ers en breekt men zich al jaren het hoofd over de vraag of een hogere beroepsopleiding niet meer adequaat is; een probleem dat meer praktische dan principiële vraagstukken met zich meebrengt.

Naast de vragen rondom de gewenste vooropleiding is er een onduidelijkheid over de verwachtingen van de rol van de stm'er in de inrichting. Van der Kwast licht in het boek 'Vijf jaar Pompekliniek' (van der Kwast 1972) de sluier op van dit probleem, wanneer hij zich afvraagt: heeft de stm'er een indirecte bijdrage in het kader van de behandeling of een directe. Creëren sociotherapeuten de voorwaarden waaronder een psychotherapeut kan werken, of is sociotherapie een behandelingsvorm met een eigen methodiek

Schrijver is klinisch psycholoog, directeur-coördinator in Veldzicht (geestesheer-directeur dr. T. J. G. Strous), rijksinrichting voor TBR-gestelden te Balkbrug (Ov.).

en met eigen beperkingen.

Sociotherapie wordt door van der Kwast beschouwd als een vorm van psychotherapie, als een vorm van doelgerichte activiteit waarbij gebruik wordt gemaakt van psychologische middelen teneinde menselijk gedrag min of meer duurzaam te beïnvloeden. Hij verzet zich echter tegen de tendens dat groepsleiders zich met de bewoners bewegen in de richting van de individuele psychotherapie. In dit verband kan gezegd worden dat het ook onze ervaring is dat stemmers zich kunnen verstrikken in de relatie met bewoners, hetzij doordat zij zich presenteren als relatieleggers (een attitude die veel bewoners afschrikt), hetzij doordat zij zich op een gebied begeven waar psychopathologisch inzicht en psychotherapeutische scholing voor vereist is.

Ook Bierenbroodspot vroeg zich af (Bierenbroodspot 1969) in hoeverre sociotherapeuten coöperatief zijn in het kader van een psychotherapeutische behandeling en in hoeverre zij in de praktijk dit juist tegenwerken. Ten aanzien van de sociotherapie ligt er dus een fundamentele identiteitsvraag: welke verwachting heeft een behandelingsinstituut van de sociotherapie? Moet men de sociotherapie zien als een milieu waarin de bewoner met de realiteit geconfronteerd wordt, als een milieu waarin de bewoner het geleerde in de psychotherapie kan uitproberen, als een milieu van waaruit de bewoner materiaal kan aandraagen voor de psychotherapie, of als een toereikend behandelingsmilieu.

In dit artikel zal de sociotherapie beschreven worden vanuit een leertheoretisch behandelingsmodel en het zal ertoe leiden dat er specifieke verwachtingen uit volgen met betrekking tot de rol van de sociotherapie binnen het totaal van het behandelingsinstituut.

Onder sociotherapie wordt vaak verstaan: de behandeling die plaats vindt binnen een 'therapeutische gemeenschap' of binnen een 'sociotherapeutisch milieu'. In Veldzicht omschrijven wij sociotherapie als systematische en doelgerichte begeleiding van het gedrag van een bewoner in de intramurale woon-leefsituatie en in extramurale maatschappelijke situaties. Van de sociotherapeut wordt verwacht dat hij zijn werkzaamheden in cotherapeutische zin verricht. Hij werkt in het kader van individuele behandelingsplannen in samenwerking met vertegenwoordigers uit andere behandelingsvelden, als bijvoorbeeld psychotherapie, arbeidstherapie, creatieve therapie e.d. De sociotherapie neemt in principe een gelijkwaardige plaats in binnen de diverse behandelingsvelden, terwijl het al of niet aanwenden van dit behandelingsveld afhankelijk is van het opgestelde behandelingsplan.

In deze opvatting over de sociotherapie wordt impliciet een verwachting uitgesproken: de sociotherapie moet een therapeutisch verantwoorde bijdrage zijn. Nu is het al of niet therapeutisch verantwoord vinden uiteraard sterk gebonden aan het theoretisch referentiekader van de inrichting, aan het behandelingsmodel. In Veldzicht hebben wij gekozen voor een leertheoretisch behandelingsmodel en de bovengenoemde omschrijving van sociotherapie

is daar dan ook een rechtstreeks gevolg van.

Bij het bepalen van het behandelingsmodel kan een inrichting zich baseren op verschillende theorieën. Men kan bijvoorbeeld kiezen voor de 'therapeutische gemeenschap'; men kan de rogeriaanse theorie of de psychoanalyse als uitgangspunt nemen voor het behandelingsmodel. Ook combinaties van theoretische referentiekaders zijn te overwegen. Onze keuze is gevallen op een leertheoretisch behandelingsmodel, niet alleen omdat deze de meetbaarheid van de gedragsveranderingen van de bewoners benadrukt, maar vooral omdat deze de meetbaarheid van de therapeutische bemoeienissen benadrukt.

Bij de behandeling van TBR-gestelden kan men ondanks grote investeringen op therapeutisch gebied niet bepaald bogen op hoge succespercentages. De consequentie die o.i. hieruit getrokken moet worden is een 'ideologische integratie van onderzoek en behandeling' (Ullmann 1976, Pool 1971). Een leertheoretisch behandelingsmodel bergt deze integratie in zich door zijn accent op systematiek, doelgerichtheid en toetsing.

Wanneer hier wordt gesproken over 'een' leertheoretisch behandelingsmodel dan wordt met name gedacht aan die stroming die afwijkend gedrag niet uitsluitend in de context van de directe omgevingsfactoren beschouwt, maar tevens in de context van cognitieve en gedragsmatige ontwikkelingen van de persoon zelf (Cautela, 1965; Meyer en Crisp, 1966; Bandura, 1969; Wolf, 1969). In dit behandelingsmodel wordt de bewoner gezien als iemand, die door allerlei condities niet kon beschikken over die sociale gedragswijze, die kon voorkomen dat hij in de inrichting werd opgenomen. Veel van de actuele problematische gedragspatronen zijn op te vatten als producten van omgevingsfactoren; sommige grijpen terug op vroeger liggende sociale leersituaties en sommige kunnen zelfs teruggrijpen op niet geïntegreerde specifieke situaties in de vroegste jeugdijaren.

Dit laatste aspect heeft dit leertheoretische model gemeen met het psychoanalytische, zij het dat men binnen dit leertheoretisch model er niet a priori vanuit gaat dat actueel problematisch gedrag via een specifiek inzicht in de vroegste jeugdijaren behandeld zal moeten worden. Binnen dit model wordt actueel problematisch gedrag primair gekoppeld aan actuele condities en secundair aan historische condities. Bij de behandeling van actueel problematisch gedrag geldt een actuele gedragsanalyse als basis. Hierbij gaat het erom het problematisch gedrag te plaatsen tussen enerzijds de aanleidingen voor dit gedrag en anderzijds de effecten van dit gedrag, resp. S-1 en S-2.

Het actueel problematisch gedrag ontstond in een specifieke situatie (S-1). Wat ging aan het gedrag vooraf? Bevat die situatie specifieke kenmerken? Welke psychologische betekenissen schrijft de bewoner aan deze kenmerken toe? Zijn de kenmerken zo specifiek dat zij juist dit gedrag oproepen of roepen zij ook ander gedrag op? Is er sprake van een reactieketen op specifieke kenmerken? Het actueel problematisch gedrag had ook gevolgen (S-2). Bevat

die situatie specifieke kenmerken? Werd er angst door vermeden? Trad er angstreductie op? Gaf het voordelen? Werd er aandacht mee bereikt? Hoe reageerde de omgeving? Welke psychologische betekenis schrijft de bewoner aan deze kenmerken toe?

Vanuit beide aspecten van de actuele gedragsanalyse (S-1 en S-2) kunnen de lijnen worden doorgetrokken naar vroegere sociale leersituaties. Het actuele problematische gedrag wordt dan geplaatst in een historische gedragsanalyse. In een historische gedragsanalyse kan dan bijvoorbeeld blijken dat significante kenmerken uit de huidige situatie dezelfde zijn als in recente situaties. De geschiedenis herhaalde zich omdat de situatie dezelfde was als tevoren. Ook kan blijken dat het gedrag uit een vroegere situatie is gegeneraliseerd naar meerdere situaties, waarvan de huidige er één is. De huidige situatie blijkt dan bijvoorbeeld een onderdeel te zijn van een semantisch veld rondom een significante situatie van vroeger (S-1 of/en S-2).

Zo kan een actuele gedragsanalyse van een in een opwelling gepleegd agressief homoseksueel pedofiel delict in een historische analyse leiden tot seksueel gedrag op driejarige leeftijd dat door een autoritaire, door zijn religie geconditioneerde, vader ernstig fysiek bestraft werd. Uit een dergelijke historische analyse kan het voor de bewoner begrijpelijk worden waarom hij zo vaak ontslagen werd wegens moeilijkheden met zijn werkgevers, van zichzelf vindt dat hij geen homoseksueel is en zo vlug mogelijk met zijn verloofde in het huwelijk wil treden (hetgeen zijn vader overigens ook wil want 'dan zal hij wel van zijn afwijking afkomen'). De autoriteitsproblematiek met zijn vader zal de kern van de behandeling vormen.

Binnen dit leertheoretische model gaat men er niet vanuit dat inzicht in de problematiek voldoende garantie is voor nieuw gedrag. Nieuw gedrag zal verankerd moeten worden, zal geoefend moeten worden, zal in praktische zin geleerd moeten worden in maatschappelijke situaties. Dit betekent voor de therapie: een doelgericht behandelingsplan waarin geleidelijke opbouw, training, bekrachtiging van succes en geleidelijke uitwissing van de rol van de therapeut de hoofdkenmerken zijn.

Nu is het bij de intramurale behandeling op onvrijwillige basis, en dat is de situatie bij veel TBR-gestelden, natuurlijk niet te verwachten dat een historische gedragsanalyse in bovengenoemde zin een direct haalbare kaart is. Het systeem van de TBR is nu eenmaal niet bepaald uitnodigend voor een motivatie bij de bewoners die ertoe leidt dat zij zich systematisch in hun huidige en vroegere gedragingen verdiepen. Het is echter theoretisch denkbaar en empirisch aangetoond (Cautela, 1965; Bandura, 1969) dat, wanneer men start met de behandeling van actueel relevant gedrag, via cognitieve processen bij de bewoner zelf historische verbindingen kunnen vrijkomen. De zogenaamde slechte motivatie voor systematische verdieping in de eigen gedragshistorie wordt op losse schroeven gezet, doordat de bewoner nieuw gedrag of een onderdeel van nieuw actueel gedrag ervaart als mogelijk, of als niet be-

dreigend, of als plezierig, of als effectief. Dit behandelingsmodel legt een groot accent op oefening: Inzicht is wel belangrijk mits dit maar als basis gebruikt wordt voor systematische oefensituaties. Dit behandelingsmodel brengt dan ook een specifieke sociotherapie met zich mee.

De sociotherapeuten (maar ook de creatieve therapeuten, de sportleiders en de arbeidstherapeuten) kunnen goed aansluiten binnen dit behandelingsmodel en wel op twee manieren: als participierend observator kan men waardevolle informatie verschaffen over het actuele gedrag van de bewoner bij sociale interacties, en als cotherapeut kan men bijdragen in de uitvoering van diverse onderdelen van het behandelingsplan. Men kan ingeschakeld worden bij systematische trainingen van nieuw gedrag, zowel intramuraal als extramuraal.

Niet alleen de sociotherapeut kan goed aansluiten binnen dit behandelingsmodel, ook de bewoners kunnen worden ingeschakeld. Waarom zou de ene bewoner de andere niet iets kunnen leren en waarom zou dat niet op het gebied van sociaal gedragen kunnen liggen? Dit aantrekkelijke aspect is niet alleen een voor de hand liggende gevolgtrekking uit een leertheoretisch behandelingsmodel, het is ook sterk verweven in de sociotherapie in de 'therapeutische gemeenschap' (Bierenbroodspot 1969). Er is echter wel een verschil: Binnen een leertheoretisch model zal men gestructureerd, volgens plan van deze mogelijkheid gebruik willen maken. In de 'therapeutische gemeenschap' gebeurt het gewoon, of men wil of niet.

De sociotherapeut in een leertheoretisch behandelingsmodel wordt als cotherapeut ingeschakeld in het behandelingsplan dat voor, en bij voorkeur met de bewoner wordt opgesteld. Hij is doelgericht en systematisch bezig concrete gedragsveranderingen mede op te bouwen in een vooraf opgesteld plan. In die zin kan hij directief genoemd worden. Het feitelijk gedrag van de sociotherapeut is in dit model sterk gebonden aan de afgesproken methodiek, want ook de methodiek is vastgesteld in het behandelingsplan. Naast training in observatie, rapportage en gesprekstechniek heeft de sociotherapeut in dit model een specifieke training nodig in een aantal methodische aspecten van de leertheoretische benadering. Hij zal om een adequate bijdrage te kunnen leveren sensitief en alert moeten zijn op subtiele gedragsveranderingen bij de bewoners. In die zin kan een vooropleiding op de sociale academie een belangrijke rol spelen.

Het leefmilieu binnen een leertheoretisch behandelingsmodel is in zijn algemeenheid afgestemd op activering enerzijds en bevordering van zelfredzaamheid anderzijds. Het afnemen van verantwoordelijkheid, betutteling en infantiliserende huisregels bevorderen een inrichtingsgebonden gedragsrepertoire en leiden de aandacht af van het actueel problematisch gedrag dat de aanleiding vormde tot de opname in de inrichting. Zowel de bewoners als de behandelaars worden hierdoor afgeleid. Het klimaat binnen dit behandelingsmodel zal dus gedemocratiseerde aspecten bevatten

(Bandura 1969). Immers, primaire vragen die men zich vanuit dit behandelingsmodel zal stellen, zijn vragen over het behandelingsstelsel. Welke zijn de schadelijke effecten van de opname zelf? Zijn er antitherapeutische elementen in het stelsel?

In het kader van dit artikel zal worden volstaan met het noemen van het belangrijkste antitherapeutische element bij de behandeling van TBR-gestelden: de dwangverpleging. Wanneer behandelen betekent dat men in feite streeft naar nieuw gedrag in de samenleving, dan is dwangverpleging, hoe realistisch ook, een antitherapeutische conditie waarbinnen men probeert te behandelen. Denkend vanuit een leertheoretisch behandelingsmodel kan dwangverpleging met zich meebrengen dat bepaalde onderdelen van een behandelingsplan niet in de maatschappij geoefend kunnen worden, omdat er nog geen verlof mogelijkheden zijn! Het zal gaan om het afwegen van behandelingsplannen enerzijds en het maatschappelijk risico anderzijds.

Door de bewoners zelf wordt dwangverpleging bovendien dikwijls niet geassocieerd met maatschappelijk risico maar met vrijheidsberoving. Door de onbepaalde tijdsduur van de TBR wordt dit overigens nog versterkt. Behandelaars kunnen eventueel voor zichzelf in het midden laten of zij voor of tegen de vrijheidsberoving van een bewoner zijn, zij kunnen zich verschuilen achter groepsbeslissingen, rechterlijke beslissingen en het uitblijven van justitiële machtigingen, voor menige bewoner is de behandelaar een verlengstuk van Justitie: iemand die eraan meewerkt hem van zijn vrijheid te beroven. Behandelen is voor veel bewoners een subtiele manier van opsluiten, een gemene truc of een handige intrige.

De sociotherapeut en iedere frontwerker in de behandeling wordt hierdoor vaak een object van wantrouwen, met alle gevolgen van dien. De sociotherapeut kan proberen dit wantrouwen te plaatsen, hij kan een constructieve attitude uitdragen, hij kan dit wantrouwen tot onderwerp van gesprek maken en met de bewoner tot de conclusie komen dat de TBR een zeer vervelende situatie is om vervolgens te constateren dat dit feit er nu eenmaal ligt.

Waar de behandelaar in een dergelijke dialoog moeilijk omheen kan is dat opsluiten, en vooral in de vorm van TBR, wantrouwen uitlokt (Pool en Schut 1973) en zeker bij die mensen die van huis uit toch al niet zoveel vertrouwen in andere mensen meegekregen hebben en bovendien door hun groep en subcultuur hierin versterkt worden (Bühler, Patterson en Furniss 1966). Het is dan ook van groot belang dat een behandelingsinstituut voor TBR-gestelden concrete alternatieven biedt die enerzijds binnen de grenzen van het maatschappelijk aanvaardbaar risico liggen en anderzijds het gevoel afgesloten te zijn van de maatschappij ondergraven.

Men denke hierbij aan de extramurale begeleidingen, aan de contacten met familie, aan gespreksgroepen, aan sportwedstrijden in regionaal verband e.d. Het ligt met name op de weg van de sociotherapeuten om de bewoners bij deze intra- en extramurale situaties te begeleiden. Vanuit deze situaties krijgt de bewoner te maken met hoofdstuk twee van de dialoog over het wantrouwen. De ver-

wachting is dat de bewoner cognitieve dissonantie-effecten ervaart, waardoor hij zijn wantrouwen en het daaruit voortvloeiende gedrag bijstelt. De stm'er kan bij dit wezenlijk onderdeel van de behandeling van TBR-gestelden een actieve en doelgerichte rol spelen.

Concluderend kan gezegd worden dat de aard van het leertheoretisch behandelingsmodel bij de behandeling van TBR-gestelden een sterk bepalend karakter heeft voor de inhoud van de sociotherapie, voor de identiteit van de stm'er en voor de inhoud van zijn gewenste opleiding.

Literatuur

- Bandura, A. (1969) *Principles of behavior modification*. Holt, Rinehart and Winston
- Bierenbroodspot, P. (1969) *De therapeutische gemeenschap en het traditionele psychiatrische Ziekenhuis*, Boom, Meppel
- Bühler, R. E., Patterson, G. R., Furniss, J. M. (1966) The reinforcement of behavior in institutional settings, *Beh. Res. Ther.*, 4, 157-167
- Cautela, J. R. (1965) Desensitization and insight. *Beh. Res. Ther.*, 3, 59-64
- Kwast, S. van der (1972) Op zoek naar sociotherapie. In: *Vijf jaar Pompekliniek*. Thieme, Nijmegen
- Meyer, V., Crisp, A. H. (1966) Some problems in behavior therapy. *Brit. J. Psychiat.* 112, 367-381
- Pool, W. J. (1971) Research en behandeling van TBR-gestelden, de noodzaak van integratie, *N.T. Psychiat.* 13, 272-281
- Pool, W. J. en Schut, T. (1973) Variabelen bij de psychiatrische prognose van TBR-gestelden. In: Cassee, A. P., Boeke, P. E. en Barendregt, J. T. *Klinische Psychologie in Nederland I*, 198-208, Van Lochem Slaterus, Deventer
- Ree, F. van (1977) De nieuwe kleren van de psychiatrie. *Intermediair*, febr.
- Ullmann, L. P. (1967) *Institution and outcome*. Pergamon, Oxford
- Wolf, E. (1969) Learning theory and psychoanalysis. *Int. J. Psychiat.* 7, 1, 525-535