

Onderzoek van het therapeutische klimaat met de Ward Atmosphere Scale in een opname- en psychotherapiekliniek

B. SABBE, M. CRUYT, P. BAUWENS, H. WINDMOLDERS, H. VERTOMMEN

SAMENVATTING De Fase bestaat uit een opnamekliniek en een kliniek voor kortdurende klinische psychotherapie, die beide behoren tot het Psychiatrisch Centrum (APZ) Sint-Norbertus te Duffel (B). De psychotherapiekliniek omvat een motivatie-, een groepsanalytische, een cognitief-gedragstherapeutische, een trainings- en een supportieve afdeling. Er werd een descriptief-exploratief onderzoek uitgevoerd om verschillen in het therapeutische milieu te meten tussen de beide klinieken, en tussen de afdelingen van de psychotherapiekliniek.

Op vier tijdstippen gedurende één jaar is bij 152 patiënten en 66 therapeuten de Ward Atmosphere Scale (WAS) afgenomen, zowel de reële vorm als de ideële vorm ervan. De verschillen in therapeutisch klimaat tussen de opname- en de psychotherapiekliniek, tussen de onderscheiden afdelingen van deze laatste, tussen de patiënten en de therapeuten en tussen het reële en het wensniveau konden met de WAS duidelijk in kaart worden gebracht. De scores van de patiënten en de therapeuten van de psychotherapiekliniek waren globaal hoger dan die van de opnamekliniek. In de psychotherapiekliniek werden de grootste verschillen gevonden tussen de groepsanalytische en de trainingsafdeling. De resultaten van dit onderzoek leidden tot een meer nauwkeurige indicatiestelling en selectie, tot meer informatieverstrekking aan de patiënten en tot bijstelling van de verwachtingen van de behandelaren. [TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 41 (1999) 3, 133-142]

TREFWOORDEN opnamekliniek, psychotherapiekliniek, therapeutisch milieu, Ward Atmosphere Scale

In intra- en semimurale voorzieningen worden kenmerken van het therapeutische milieu geacht zowel het vóórkomen van symptomen als de behandelresultaten te beïnvloeden (Stanton & Schwartz 1954; Moos e.a. 1973; Moos 1974). Er zijn vooralsnog weinig instrumenten beschikbaar om deze kenmerken te meten. De meest gebruikte is de Ward Atmosphere Scale (WAS) (Moos 1974), die drie dimensies van het milieu beschrijft: de relationele, de behandelingsondersteunende en de systeemondersteunende.

Op de opname- en de psychotherapiekliniek

van De Fase, behorend tot het Psychiatrisch Centrum (APZ) Sint-Norbertus te Duffel (B), werd dit instrument gebruikt om te onderzoeken of er verschillen konden worden gemeten tussen deze beide klinieken, de verschillende afdelingen van de psychotherapiekliniek (zie onder 'Setting'), de reële en de ideële perceptie van het behandelmilieu, en tussen de patiënten en de behandelaren.

Het betrof een naturalistisch onderzoek, dat exploratief en descriptief van aard was. De bedoeling was om na te gaan of verschillen in beleving

van deze milieus door de participanten met de WAS konden worden beschreven. Over deze intuïtief aangevoelde verschillen bestonden geen duidelijke, uitgewerkte hypothesen, enkel vermoedens. Zo werd bijvoorbeeld verwacht dat de groepsanalytische afdeling hoog zou scoren op de behandelingsdimensie van de WAS, en de trainingsafdeling op de dimensie 'systeemondersteuning' (voor een beschrijving van de dimensies: zie verder). In een volgende fase van het onderzoek werd nagegaan of de beschrijving van het therapeutische klimaat voldoende nieuwe informatie bevatte om te leiden tot een bijstelling van de visies over de therapeutische milieus en van de indicatiestelling ervoor.

De vraagstelling van dit onderzoek was:

- Meet de WAS verschillen in therapeutisch klimaat tussen de opnamekliniek en de psychotherapiekliniek en zo ja, van welke aard zijn deze verschillen?
- Zijn er verschillen tussen de verschillende afdelingen van de psychotherapiekliniek en zo ja, van welke aard zijn deze verschillen?
- Verschillen de resultaten van de WAS op wensniveau van die op reël niveau?
- Verschillen de scores van de patiëntengroep van die van de therapeutengroep?
- Zijn de resultaten stabiel door de tijd heen, met name zijn er effecten gevonden van het afnamemoment?

METHODE

Setting De Fase is een kliniek voor kortdurende psychiatrische observatie en behandeling, bestaande uit een opnamekliniek, met een open en een gesloten sectie, en een kliniek voor kortdurende (maximaal zes maanden) klinische psychotherapie. Op de opnamekliniek verbleven maximaal 30 patiënten en worden 24 uur per dag aselect patiënten met acute psychiatrische stoornissen opgenomen. Op de psychotherapiekliniek, waar maximaal 60 patiënten verbleven, vond indicatie voor opname plaats tijdens een intakeprocedure, waarbij de gebruikelijke indicatiëcriteria

voor klinische psychotherapie gehanteerd werden (Eykman 1993). De psychotherapiekliniek omvatte vijf afzonderlijke afdelingen: bij onvoldoende motivatie doorliep de patiënt eerst het vier weken durende pretherapieprogramma van de motivatieafdeling. De groepsanalytische en supportieve afdelingen werkten volgens een psychodynamisch model, de eerste focaal-reconstructief met een vaste opnameduur van twaalf weken (Cruyt e.a. 1995), de tweede supportief. De cognitieve en de trainingsafdeling werkten volgens gedragstherapeutische en systeemtherapeutische principes.

Subjecten Aan het onderzoek namen 152 patiënten, 99 vrouwen en 53 mannen, tussen de 17 en 68 jaar (mediaan 35) deel. Van deze groep was 40% ongehuwd, 36,5% gehuwd, 18% gescheiden en 5,5% weduwe of weduwnaar. Eenendertig procent behaalde een diploma van het hoger onderwijs, 47% voltooide het middelbaar onderwijs en 22% alleen het lager onderwijs.

De groep van 66 behandelaren (therapeuten) bestond uit 38 vrouwen en 28 mannen, tussen de 22 en 62 jaar (mediaan 33). Het betrof 46 sociotherapeuten, 6 psychotherapeuten, 11 niet-verbale therapeuten en 3 beleidspychiaters.

Instrument Het onderzoek bestond uit de afname van de WAS, eerst in de reële vorm (Vorm R), daarna in de wensvorm (Vorm W). De WAS is een zelfinvulvragenlijst van 100 items, verdeeld in 10 subschalen van telkens 10 items (tabel 1); de items zijn in beide vormen gelijk. Voor elk item zijn de antwoordcategorieën 'waar' of 'niet waar'. De score per subschaal ligt tussen 0 en 10. De WAS is niet gevalideerd voor een Nederlandstalige populatie.

De psychometrische kwaliteiten van de WAS zijn bevredigend (Moos en Houts 1968; Moos 1974). De test-hertestbetrouwbaarheid na één week bedraagt 0.68 tot 0.83. De interne consistentie van de subschalen varieert van 0.55 tot 0.82.

De dimensie *Relaties* evalueert het type en de intensiteit van relaties binnen het behandelingsklimaat. De dimensie *Behandeling* geeft de mate

TABEL 1 Ward Atmosphere Scale (WAS): dimensies, subschalen en omschrijving van de subschalen

Dimensies	Subschalen	Omschrijving Subschalen
Relaties	Betrokkenheid	actief functioneren en interactie
	Ondersteuning	behulpzaamheid en steun
	Spontaniteit	aanzet tot vrij uiten van emoties
Behandeling	Autonomie	aanzet tot zelfstandigheid
	Praktische oriëntatie	gerichtheid op reïntegratie
	Oriëntatie op persoonlijke problemen	bespreekbaarheid van emoties
	Boosheid en agressie	gelegenheid tot uiting van kwaadheid
	Systeem-ondersteuning	Orde en organisatie
	Duidelijkheid van het programma	helderheid van afspraken
	Stafcontrole	regels opgelegd door de staf

aan waarin een patiënt wordt aangemoedigd zijn verantwoordelijkheid te nemen en zijn gevoelens te uiten. De subschalen binnen de dimensie *Systeemondersteuning* meten de mate waarin orde en structuur aanwezig zijn en verwacht worden binnen de afdeling. Deze dimensies kunnen niet worden beschouwd als factoriële dimensies, enkel als een indeling van de elementen van het therapeutische milieu.

Procedure De WAS werd binnen één jaar vier keer afgenomen (met tijdsintervallen van minimaal tweeënhalf maand). De patiëntengroep was bij elke afname vrijwel volledig gewij-

zigd. In de opnamekliniek werd ongeveer de helft van de patiënten in staat geacht aan het onderzoek deel te nemen, de andere helft was daartoe niet in staat wegens te ernstige acute symptomatologie van een psychotische, een stemmings- en/of een angststoornis. In de psychotherapiekliniek participeerde nagenoeg iedereen die minimaal één week in het milieu verbleef. De behandelaars namen veelal aan meerdere afnames deel en indien zij op twee afdelingen werkzaam waren, vulden zij twee vragenlijsten tegelijkertijd in. Alle deelnemers gaven een 'informed consent'.

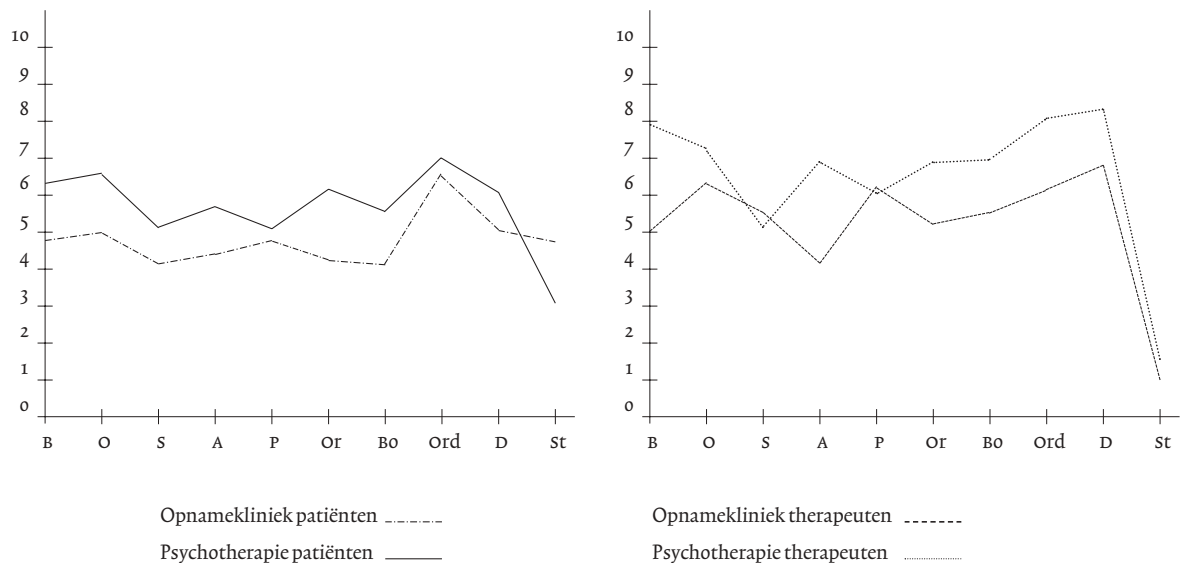
Statistische analyse Bij de analyses van de gegevens van patiënten zijn we bij elke onderzoeksvraag als volgt te werk gegaan. De subschaaluitslagen voor de groepen die bij de desbetreffende vraag in de analyse werden betrokken, werden eerst multivariaat getoetst met Wilks' Lambda. Indien deze significant was, werd nagegaan op welke subschalen de groepen univariaat verschilden. Waren er meer dan twee groepen (bijvoorbeeld de verschillende afdelingen van de psychotherapiekliniek), dan werd ten slotte voor elke subschaal via posthoc-Tukeytoetsen nagegaan welke groepen ($p < 0.05$) van elkaar verschilden.

RESULTATEN

Algemeen De gemiddelde subschaalscores op reëel niveau van de patiënten en van de therapeuten lagen globaal genomen tussen 5 en 9, met uitzondering van de subschaal Stafcontrole, waar de scores beneden 5 lagen. Op wensniveau lagen de scores gemiddeld tussen 7 en 9 voor de therapeuten en tussen 6 en 8 voor de patiënten.

Voor de patiëntengroep werd de invloed onderzocht van de variabelen geslacht, leeftijd en opleidingsniveau op de perceptie van het afdelingsklimaat. Voor de leeftijd werd op Vorm R een significant effect waargenomen [$F(30,400) = 1.74$, $p = 0.01$]. De oudere patiënten ervoeren, in vergelijking met de jongeren, minder 'vrijheid' in het behandelingsprogramma.

FIGUUR 1 Vergelijking van de gemiddelde scores voor patiënten van de opname- ($n=52$) en de psychotherapiekliniek ($n=100$) en voor therapeuten van de opname- ($n=27$) en van de psychotherapiekliniek ($n=190$) op de WAS Vorm R¹



1. Maximumscore = 10

B: betrokkenheid; O: ondersteuning; S: spontaniteit; A: autonomie; P: praktische oriëntatie; Or: oriëntatie op persoonlijke problemen; Bo: boosheid en agressie; Ord: orde en organisatie; D: duidelijkheid van het programma; St: stafcontrole

Vergelijking tussen de opname- en de psychotherapiekliniek In een eerste analyse werden de verschillen tussen de opname- en de psychotherapiekliniek berekend (figuur 1).

De patiënten percipieerden over alle schalen heen, zowel op reëel [$F(10, 141) = 6.31$, $p = 0.0001$] als op wensniveau [$F(10, 129) = 3.17$, $p = 0.001$], de beide klinieken als significant verschillend. Op reëel niveau waren de scores voor de psychotherapiekliniek op alle subschalen hoger dan voor de opnamekliniek, met uitzondering van de subschaal Stafcontrole. Op wensniveau deden de verschillen zich vooral voor in de relationele en de behandelingsdimensies.

Ook de globale resultaten van de therapeutengroep verschilden significant voor beide klinieken, zowel op reëel [$F(25, 194) = 37.17$, $p = 0.0001$] als op wensniveau [$F(25, 194) = 10.44$, $p = 0.0001$]. Op reëel niveau waren alle scores, met

uitzondering van de subschalen Spontaniteit en Praktische oriëntatie, hoger in de psychotherapiekliniek. Op wensniveau lagen de verwachtingen significant hoger in de psychotherapiekliniek, met uitzondering van de subschalen Betrokkenheid, Duidelijkheid van het programma en Stafcontrole.

Bij vergelijking van de profielen kon worden vastgesteld dat de WAS-profielen van de patiënten van de opnamekliniek evenwijdig liepen aan die van de psychotherapiekliniek, met uitzondering van de subschaal Stafcontrole. Ook de profielen van de therapeuten van de opnamekliniek waren globaal gezien evenwijdig aan die van de psychotherapiekliniek, met uitzondering van de subschalen Ondersteuning, Spontaniteit en Praktische oriëntatie (zie figuur 1).

Vergelijking tussen de verschillende afdelingen van de psychotherapiekliniek Met deze tweede onderzoeksvraag werd nagegaan of de vijf afdelingen binnen de psychotherapiekliniek zich op significante wijze van elkaar onderscheidden en waarin deze verschillen tot uitdrukking kwamen.

Een inspectie van de reële patiëntenpercepties liet een aantal verschillen zien die overeenkwamen met de doelstellingen van de verschillende afdelingen. Zo scoorde bijvoorbeeld op de subschaal Ondersteuning de motivatieafdeling het hoogste en de groepsanalytische het laagste. Voor de subschaal Praktische oriëntatie zagen we de hoogste score in de trainingsafdeling en de laagste in de groepsanalytische. De hoogste score voor Boosheid en agressie werd gevonden voor de groepsanalytische afdeling, terwijl de motivatieafdeling het laagste scoorde op deze subschaal.

De multivariate variantieanalyse toonde dat de patiëntenpercepties op reëel niveau significant verschilden in de programmagerichte aspecten van het therapeutische klimaat en op wensniveau voornamelijk in de relationele aspecten ervan. In de ogen van de therapeuten verschilden de afdelingen, zowel op reëel als op wensniveau, niet significant op de variabelen Ondersteuning, Spontaniteit en Stafcontrole. Voor de overige variabelen werden grote tot zeer grote significante verschillen gevonden. De afdeling die zich voor patiënten en therapeuten op de meest duidelijke manier onderscheidde van de andere afdelingen, was de groepsanalytische (zie tabel 2).

Uit de univariate analyses bleek dat de groepsanalytische en de trainingsafdeling het sterkst van elkaar verschilden. De gemiddelde score van de patiënten van de groepsanalytische afdeling was significant hoger dan die van de trainingsafdeling op de subschaal Oriëntatie op persoonlijke problemen ($p = 0.05$) en significant lager op de subschaal Praktische oriëntatie ($p = 0.004$). Op de overige subschalen waren de verschillen niet significant. De gemiddelde score van de therapeuten van de groepsanalytische afdeling was significant hoger dan die van de trainingsafdeling op de subschalen Betrokkenheid ($p = 0.0003$),

Ondersteuning ($p = 0.01$), Spontaniteit ($p = 0.001$), Oriëntatie op persoonlijke problemen ($p = 0.0001$), Boosheid en agressie ($p = 0.02$), Orde en organisatie ($p = 0.0001$), en significant lager op de subschaal Praktische oriëntatie ($p = 0.0001$).

Vergelijking van de reële percepties en de wenspercepties De scores op de wensvorm van de WAS lagen voor alle subschalen significant hoger dan de scores op de reële vorm, zowel voor patiënten als voor therapeuten (zie figuur 2).

Analyse van de afzonderlijke subschalen toonde bij de patiënten significante verschillen, behalve voor de subschalen Stafcontrole en Boosheid en agressie. Bij de therapeuten verschilden realiteit en wens alleen niet op de subschaal Stafcontrole. De verschillen tussen de wenspercepties en de reële percepties waren voor de therapeuten het grootst in de opnamekliniek en voor de patiënten in de groepsanalytische afdeling.

Vergelijking tussen de patiënten en de therapeuten Zoals boven vermeld, lagen de resultaten van de therapeuten zowel op wens- als op reëel niveau hoger dan die van de patiënten (zie figuur 1 en tabel 2). Daarbij benaderde het wensniveau van de patiënten grosso modo de reële perceptie van de therapeuten! Een tweede bevinding is dat de therapeuten ook meer differentieerden tussen de verschillende afdelingen dan de patiënten. Ten slotte toonde een vergelijking van de standaarddeviaties met betrekking tot de therapeuten en de patiënten aan dat de therapeuten hun werkplek veel eenduidiger percipieerden dan de patiënten.

Interactie-effecten We vonden geen hoofdeffect van het afnamemoment, wel een aantal significante interactie-effecten tussen de onafhankelijke variabelen: afnamemoment en behandel-eenheid, en dit vooral op afnamemomenten 3 en 4. Op het ogenblik van deze afnamen vonden verschillende reorganisaties plaats binnen de psychotherapiekliniek zoals: veranderingen binnen het personeelsbestand, met name

TABEL 2 Vergelijking van de gemiddelde scores van de afdelingen van de psychotherapiecliniek op de WAS Vorm R³ zowel voor patiënten als voor therapeuten^{1,2}

A. PATIËNTEN (N = 152)					
Subschalen WAS Vorm R	X1	X2	X3	X4	X5
	n = 24	n = 17	n = 24	n = 17	n = 14
Betrokkenheid	5.86	5.41	7.04	6.12	7.29
Ondersteuning	7.14	6.12	6.08	6.41	6.86
Spontaniteit	4.86	4.76	5.33	4.47	5.43
Autonomie	5.79	5.35	5.63	5.94	5.79
Praktische oriëntatie	5.36	4.76	3.83	5.24	5.71
Oriëntatie op persoonlijke problemen	5.71	6.47*	7.33	5.24	6.29
Boosheid en agressie	4.79	5.53	6.54	5.71	5.57
Orde en organisatie	7.00	7.29	7.29	5.94	7.29
Duidelijkheid van het programma	5.57	5.82	5.92	6.35	6.50
Stafcontrole	3.07	3.06	2.88	3.06	2.79
B. THERAPEUTEN (N = 217)					
Subschalen WAS Vorm R	X1	X2	X3	X4	X5
	n = 27	n = 42	n = 44	n = 38	n = 40
Betrokkenheid	7.93	7.89	8.43	7.95	7.41*
Ondersteuning	7.67	7.32*	7.57	7.08	6.79*
Spontaniteit	4.93	4.52	5.66	5.53	4.38
Autonomie	6.63	6.75	6.53	7.24	7.00
Praktische oriëntatie	6.26*	6.8*	4.81	5.82	6.69*
Oriëntatie op persoonlijke problemen	6.59*	6.93*	8.34	6.29*	5.54*
Boosheid en agressie	6.22*	6.66	7.57	7.03	6.64
Orde en organisatie	7.85	8.82	8.55	7.42*	7.33*
Duidelijkheid van het programma	8.37	8.25	8.02	9.03*	8.44
Stafcontrole	1.48	1.48	1.75	1.55	1.59

1. Maximumscore = 10

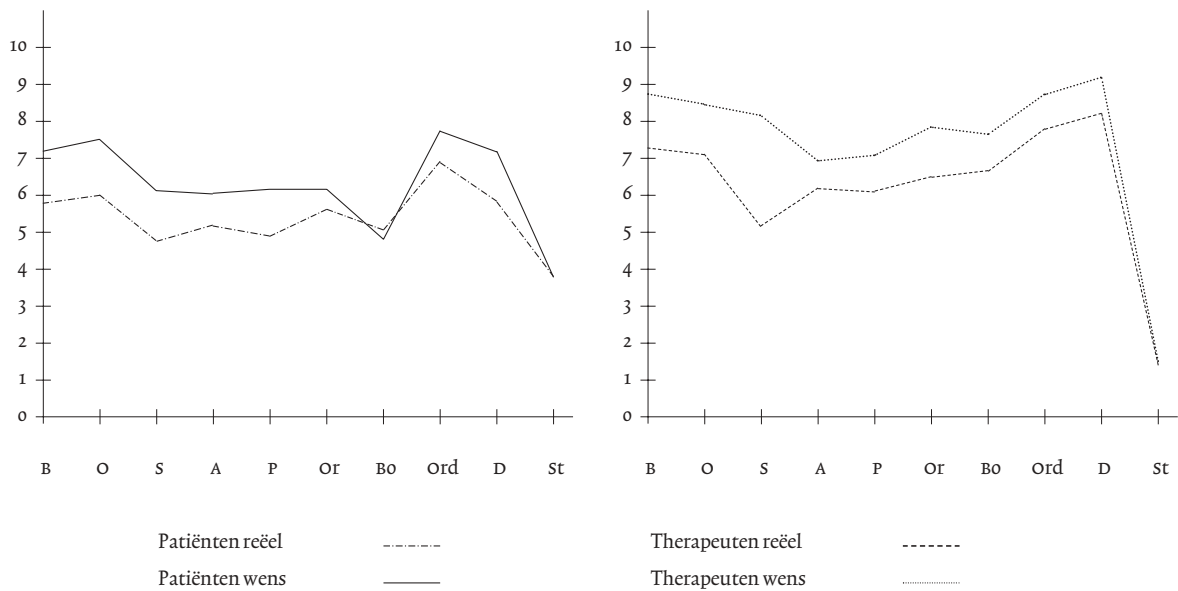
2. Significante verschillen, berekend m.b.v. posthoc-Tukeytoetsen ($p = 0.05$), tussen de groepsanalytische afdeling en één of meerdere andere afdelingen zijn aangegeven met een * ($p < 0.05$)

3. Vorm w is op aanvraag bij de auteurs te verkrijgen

X1 = motivatieafdeling; X2 = supportieve afdeling; X3 = groepsanalytische afdeling;

X4 = cognitieve afdeling; X5 = trainingsafdeling

FIGUUR 2 Vergelijking van de gemiddelde scores van de WAS Vorm R en de WAS Vorm W voor patiënten (n=152) en therapeuten (n=217).¹



1. Maximumscore = 10

B: betrokkenheid; O: ondersteuning; S: spontaniteit; A: autonomie; P: praktische oriëntatie; Or: oriëntatie op persoonlijke problemen; Bo: boosheid en agressie; Ord: orde en organisatie; D: duidelijkheid van het programma; St: stafcontrole

de introductie van nieuwe stafleden en stafleden die binnen De Fase overgeplaatst werden. Het feit dat deze veranderingen waargenomen werden, geeft een indicatie voor de gevoeligheid van de WAS als meetinstrument voor dimensies binnen een behandelingsklimaat die verondersteld worden constant te blijven in de tijd.

DISCUSSIE

Het doel van dit onderzoek was na te gaan of verschillen in therapeutisch klimaat in een kliniek voor kortdurende psychiatrische observatie en behandeling konden worden gemeten en beschreven met behulp van de WAS.

Tussen de opnamekliniek, georganiseerd volgens de principes van een medisch-psychiatrische ziekenhuisafdeling, en de psychotherapiekliniek, georganiseerd volgens de principes

van een therapeutische gemeenschap, werden vooral verschillen gevonden in de hoogte van de scores op de WAS en niet zozeer in de aard van de profielen. Deze verschillen bleken reeds bestaande aannames van de participanten te bevestigen: bijvoorbeeld meer stafcontrole in de opnamekliniek en grotere gerichtheid op emotionele inhoud in de psychotherapiekliniek. In vergelijking met het onderzoek van Squier (1994), dat plaatsvond bij therapeuten in verschillende psychiatrische settings, onder andere een therapeutische gemeenschap, een afdeling voor intensieve psychiatrische zorg en een psychiatrische vleugel in een gevangenis, liggen onze resultaten in eenzelfde, zij het smaller, bereik.

De vraag of de verschillen in conceptuele opvatting en behandelingsvisie die de afdelingen binnen de psychotherapiekliniek van elkaar onderscheidden, ook met de WAS gemeten kon-

den worden, is complexer. In de resultaten van patiënten werd de weergave van de behandelingsvisies van de onderscheiden afdelingen weerspiegeld: bijvoorbeeld grotere ondersteuning in de motivatieafdeling, grotere tolerantie voor boosheid en agressie in de groepsanalytische afdeling, enzovoort.

De verschillende behandelingsvisies komen nadrukkelijker tot uiting in de resultaten van de therapeuten. Deze bevinding kan erop wijzen dat therapeuten meer dan patiënten overtuigd zijn dat de vooropgestelde ideologieën en doelstellingen in praktijk worden gebracht.

Een aantoonbaar verschil tussen de gemiddelde scores op de subschalen van de reële vorm van de WAS en die van de wensvorm kan aangeven hoe tevreden men is met wat er aangeboden wordt. Uit de resultaten bleek dat de patiënten van zowel de opnamekliniek als van de supportieve en de analytische afdeling het huidige afdelingsklimaat graag veranderd wilden zien. Op deze afdelingen lagen de scores op wensniveau niet alleen hoger, maar waren er ook meer significante verschillen tussen het reële en het wensniveau. Dit is vermoedelijk het gevolg van de grotere zelfwerkzaamheid die van de patiënten verwacht wordt, zodat zij het programma meer zelf van een concrete invulling moeten voorzien en het derhalve als minder duidelijk percipiëren. Dit tekent zich af in grote verschillen tussen reëel en wens op de schalen Praktische oriëntatie en Duidelijkheid van het programma. De patiënten van de andere afdelingen waren gemiddeld zeer tot zelfs helemaal tevreden over het huidige afdelingsklimaat. Voor de therapeutengroep zagen wij, overeenkomstig met de verwachting, dat de wensscores over het algemeen duidelijk hoger lagen dan de reële scores. Behandelaren zijn dus relatief kritisch ten aanzien van het bereikte resultaat en stellen hogere eisen dan de patiënten. Vergelijking met ander onderzoek is moeilijk, omdat hierover weinig gegevens bekend zijn.

Als laatste werd nagegaan of er een verschil was tussen patiënten en therapeuten in de per-


ceptie van en in de verwachtingen over de verschillende kenmerken van een behandel eenheid. Waar voor de therapeuten elke behandel eenheid zijn eigenheid heeft, evenals een eigen achterliggend therapeutisch kader, differentieerden de patiënten voornamelijk tussen de groepsanalytische en de andere afdelingen van de psychotherapie kliniek. Deze overige afdelingen onderscheidden zich, volgens de patiënten, minder van elkaar in opvattingen en behandelingsvisie. Therapeuten differentieerden meer tussen de afdelingen, terwijl patiënten deze als meer uniform waarnemen. De verschillen in resultaten tussen patiënten en therapeuten worden ook elders in onderzoeken met de WAS teruggevonden (Kahn e.a. 1992; Lehman & Ritzler 1976). De resultaten van dit onderzoek komen overeen met effectstudies en analyses van kenmerken van verschillende psychotherapeutische richtingen, waaruit eveneens blijkt dat psychotherapeuten veel sterkere verschillen waarnemen tussen verschillende psychotherapierichtingen dan hun patiënten (Lietaer 1979).

De conclusie van dit onderzoek is dat met behulp van de WAS op een bevredigende wijze belangrijke verschillen met betrekking tot het behandelklimaat in de kliniek vastgesteld en vrij nauwkeurig aangeduid konden worden.

Deze resultaten werden teruggekoppeld naar de behandelaren. Over het algemeen werden de beschreven verschillen als een bevestiging en een verduidelijking van de reële situatie ervaren. Dit had een versterkend effect op de gebruikte wijze van indicatiestelling en van selectie voor een bepaald therapeutisch milieu. Dat de patiënten de verschillen veel minder percipiëerden dan de therapeuten leidde enerzijds toe dat er meer en betere informatie over de differentiatie van de milieus werd verstrekt bij intake en vóór opname. Anderzijds werd het belang van deze verschillen door de behandelaren meer gerelativeerd. Tevens werden therapeuten zich er door dit onderzoek meer bewust van dat de verwachtingen ten aanzien van de relationele, de behandelings- en structurele en organisatorische dimensies van

het milieu veelal te hoog lagen, zodat de verwachtingen na deze studie minder hoog werden. Therapeuten toonden zich sneller tevreden en waren minder geneigd tot bijstelling of sturend interveniëren, zelfs bij lagere WAS-scores.

Tot slot nog enige opmerkingen over het instrument zelf. Uit dit onderzoek blijkt dat met de WAS een aantal zinvolle dimensies van het behandelmilieu te beschrijven zijn, doch dat het discriminatievermogen toch ook duidelijk beperkt is. Tevens is gebleken dat de WAS een vragenlijst is die voor een aantal patiënten moeilijk zelfstandig in te vullen is. Dit is te wijten aan het feit dat een aantal items op een weinig gangbare manier geconstrueerd zijn en nogal complex van inhoud zijn, bijvoorbeeld een dubbele ontkenning bevatten. Dit heeft ertoe geleid dat vanuit de WAS nieuwe en specifieke instrumenten zijn ontstaan, onder andere de Sheltered Care Environment Scale (Moos & Lemke 1992). Hiermee is ons tot op heden geen onderzoek bekend dat met dit vergelijkbaar is.

 De auteurs wensen de patiënten en de medewerkers van De Fase te bedanken voor hun deelname aan het onderzoek, evenals de heer R. Stroobants voor de statistische verwerking van de gegevens. Tevens bedanken ze de heer Luc Vanmarcke voor de taalkundige verbeteringen en mevrouw Annemie Van Goethem en mevrouw Phyllis Van Gansen voor de secretariële ondersteuning.

LITERATUUR

- Cruyt, M.E.C., Mol, M.J., & Pannier, L. (1995). Kortdurende klinische psychotherapie in Vlaanderen: Onbekend maakt onbemind. *Tijdschrift voor Klinische Psychologie*, 25, 223-243.
- Eykman, J.C.B. (1993). Groepspsychotherapie in klinische setting. In P.J. Jongerius & J.C.B. Eykman (red.), *Praktijkboek Groepspsychotherapie* (p. 252-260). Amersfoort: Academische Uitgeverij Amersfoort.
- Kahn, E.M., Sturke, T.I., & Schaeffer, J. (1992). Inpatient group processes parallel unit dynamics. *International Journal of Group Psychotherapy*, 42, 407-417.

- Lehman, A., & Ritzler, B. (1976). The therapeutic community inpatient ward: Does it really work? *Comprehensive Psychiatry*, 37, 3-29.
- Lietaer, G. (1979). De beleving van de relatie door cliënt en therapeut in client-centered en psychoanalytisch georiënteerde therapie. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 5, 144-159.
- Moos, R.H., & Houts, P.S. (1968). Assessments of the social atmospheres of psychiatric wards. *Journal of Abnormal Psychology*, 73, 595-604.
- Moos, R.H., Shelton, R., & Petty, C. (1973). Perceived ward climate and treatment outcome. *Journal of Abnormal Psychology*, 82, 291-298.
- Moos, R.H. (1974). *Ward Atmosphere Manual*. Palo Alto: Consulting Psychologist Press.
- Moos, R.H., & Lemke, S. (1992). *Sheltered Care Environment Scale: Manual*. Palo Alto, California: Department of Veterans Affairs and Stanford University Medical Centers.
- Squier, R.W. (1994). The relationship between ward atmosphere and staff attitude to treatment in psychiatric in-patient units. *Journal of Medical Psychology*, 67, 319-331.
- Stanton, A., & Schwartz, M. (1954). *The mental hospital: A study of institutional participation in psychiatric illness and treatment*. New York: Basic Books.

AUTEURS

- BERNARD SABBE is neuropsychiater, De Fase, PC Sint-Norbertushuis te Duffel; eveneens verbonden aan de KU Nijmegen en de Universitaire Ziekenhuizen Leuven.
- MARC CRUYT is neuropsychiater, De Wending, PC Sint-Norbertushuis te Duffel.
- PATRICIA BAUWENS is klinisch psychologe in het ziekenhuis De Bijtjes te Vlezembeek.
- HEIDI WINDMOLDERS is klinisch psychologe op de gerontopsychiatrische afdeling van het Psychiatrisch Ziekenhuis Sancta Maria te Melveren.
- HANS VERTOMMEN is hoogleraar klinische psychodiagnostiek, afdeling Psychodiagnostiek en Psychologische Begeleiding, faculteit der Psychologische en Pedagogische Wetenschappen, KU Leuven.
- Correspondentieadres: De Fase, PC Sint-Norbertushuis, Stationsstraat 22d, 2570 Duffel (B).

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 7-7-1998.

SUMMARY Assessment of the therapeutic climate in a psychiatric ward and a therapeutic community, using the Ward Atmosphere Scale – De Fase is a psychiatric ward of the Psychiatric Center Sint-Norbertus at Duffel (B). It consists of an admission clinic and five units for psychotherapeutic treatment: a motivational unit, a group analytical unit, a cognitive behavioural unit, a training and a supportive unit. In this setting a descriptive-explorative study was conducted, in order to measure differences in therapeutical environment between the admission ward and the psychotherapeutic clinic, and between the psychotherapeutic units themselves. Assessments were made by all patients who were capable ($n = 152$) and staff ($n = 66$), four times over a period of one year. The Ward Atmosphere Scale (Moos 1974) was used, in both real and ideal form.

The WAS allowed to describe accurately the differences between the admission ward and the therapeutic community, between its five different units, between the patients and the therapists and between the real level and the ideal level. The scores of the patients and therapists were higher in the psychotherapeutic units than in the admission ward. In the psychotherapeutic units the most striking differences were between the group analytical unit and the training unit. This study had the following consequences: more accurate indication and selection for a specific unit, more extensive information to the patients about these and adjustment of the therapists' expectations.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 41 (1999) 3, 133-142]

KEYWORDS psychiatric admission ward, therapeutic community, therapeutic milieu, Ward Atmosphere Scale