

Inhoud

	Ten geleide	13
	Bij de eerste druk	13
	Bij de vijfde druk	15
	Bij de zesde druk	17
	DEEL I EEN VERKENNING VAN HET THERAPEUTISCH MILIEU	 19
1	Het therapeutisch milieu, een nieuwe variatie op een oud thema	21
	Inleiding	21
1.1	Het therapeutisch milieu: een oud thema	21
1.2	Het therapeutisch milieu: een nieuwe variatie Practicum	30 35
2	Patiënten en hulpverleners in een therapeutisch milieu	39
	Inleiding	39
2.1	De patiënten en hulpverleners in het vroegere milieu Practicum	39 48
2.2	De patiënten in een therapeutisch milieu Practicum	49 58
2.3	De hulpverleners in een therapeutisch milieu Practicum	64 77
3	Naar een begripsomschrijving van het therapeutisch milieu	80
	Inleiding	80
3.1	Maxwell Jones	80
3.2	John en Elain Cumming	82
3.3	Gene Abroms	85
3.4	Naar een werkdefinitie van een therapeutisch milieu Practicum	86 89

	DEEL II DE THEORIE VAN HET THERAPEUTISCH MILIEU	93
I	De basisfilosofie	95
	Inleiding	95
1.1	Het begrip basisfilosofie	95
1.2	Het lichamelijke gezichtspunt	102
1.3	Het sociale gezichtspunt	103
1.4	Het psychische gezichtspunt	105
	Practicum	108
2	De structuur en pathologie van de persoonlijkheid	111
	Inleiding	111
2.1	Wisselwerkingen tussen moeder en kind	111
2.2	Interne adaptatie (het defensief systeem)	114
2.3	De structuur van de persoonlijkheid (het executief systeem)	120
2.4	Externe adaptatie (het adaptief systeem)	125
2.5	De pathologie van de persoonlijkheid	135
	Practicum	143
3	Vormen van therapeutische milieus	146
	Inleiding	146
3.1	Het supportieve model	146
3.2	Het reconstructieve model	153
3.3	Het sociaaltherapeutische model	158
3.4	De combinatie van behandelmodellen	161
	Practicum	165
4	De opbouw van een therapeutisch milieu	168
	Inleiding	168
4.1	De keuze van een basisfilosofie	168
4.2	Het team	170
4.3	Fasen in de opbouw van een therapeutisch milieu	176
	Practicum	183
	DEEL III DE INDIVIDUELE PATIËNT IN HET THERAPEUTISCH MILIEU	189
I	De therapeutische interventie	191
	Inleiding	191

1.1	Een werkmodel voor psychopathologie	192
1.2	Therapeutische interventies	196
	Practicum	209
2	De behandelorganisatie en de behandelovereenkomst	214
	Inleiding	214
2.1	De organisatie van de behandeling	215
2.2	De behandelovereenkomst	221
	Practicum	227
3	Persoonlijke begeleiding en zorgmanagement	231
	Inleiding	231
3.1	Persoonlijke begeleiding	231
3.2	Zorgmanagement	234
	Practicum	235
DEEL IV DE GROEP IN HET BEHANDELMILIEU ALS EENHEID VAN SAMENHANGEND BEHAN- DELEN		
		237
I	Groepen in de geestelijke gezondheidszorg	239
	Inleiding	239
1.1	Groepen	239
1.2	De oppervlaktestructuur en de dieptestructuur van groepen	244
	Practicum	246
2	Groepen in beweging	249
2.1	Een groepsbijeenkoms	249
2.2	Kijken naar een groep	253
	Practicum	254
3	De oppervlaktestructuur van een groep	255
	Inleiding	255
3.1	Interacties	255
3.2	Analyse van groepsinteracties	257
	Practicum	265
3.3	Communicatiepatronen	267
	Practicum	272
3.4	Rollen	274
	Practicum	276

3.5	Leiders	277
	Practicum	278
3.6	Besluitvorming in groepen	280
	Practicum	281
	Afsluitend practicum	282
4	De dieptestructuur van een groep	286
	Inleiding	286
4.1	Leertheorieën	290
4.2	Systeem- en communicatietheorieën	296
4.3	Psychoanalytisch georiënteerde theorieën	302
4.4	Transactionele analyse	308
	Practicum	316
4.5	Theorieën over groepen en behandelprincipes	319
	Afsluitend practicum	321
5	Het therapeutische van een groep	325
	Inleiding	325
5.1	Visies op therapeutische factoren	325
5.2	De therapeutische factoren van een groep volgens Bloch en Crouch	327
5.3	De therapeutische groepsbegeleiding	331
	Practicum	333
	DEEL V DE PRAKTIJK	337
1	Werken met een leefgroep	339
	Inleiding	339
1.1	Het samenstellen van een leefgroep	339
1.2	De organisatie van een leefgroep	342
1.3	Het begeleiden van een leefgroep	344
1.4	Een voorbeeld van een leefgroep	347
	Practicum	361
2	Werken met een communicatiegroep	364
	Inleiding	364
2.1	De gespreksleider	364
2.2	Richtlijnen voor het begeleiden van gespreksgroepen	365
	Practicum	373

3	Werken met een taakgroep	378
	Inleiding	378
3.1	Enkele voorbeelden uit de praktijk	378
3.2	De taakgroep in het therapeutisch milieu	381
3.3	De praktijk van het werken met een taakgroep	382
	Practicum	384
	DEEL VI MILIEUTHERAPEUTISCH WERKEN EN SPECIFIEKE AANDACHTSGEBIEDEN	391
1	Een algemeen kader voor de ontwikkeling van een milieutherapeutisch arrangement voor samenhangend behandelen	393
2	Forensische milieutherapie	397
	Inleiding	397
2.1	Manieren van kijken in de forensische psychiatrie	398
2.2	De patiënten	404
2.3	Het doel van een forensisch behandelmilieu	406
2.4	Interventies	408
2.5	De oppervlaktestructuur van een forensisch behandelmilieu	411
2.6	De dieptestructuur van een forensisch behandelmilieu	418
2.7	Veiligheidsbeleid	424
	Practicum	426
3	Milieutherapeutisch werken in de verslavingszorg	429
	Inleiding	429
	Practicum	430
3.1	Manieren van kijken in de verslavingszorg	433
3.2	De oppervlaktestructuur van een behandelmilieu voor verslaafden	436
3.3	De comorbiditeit of 'double trouble'	439
3.4	De dieptestructuur van het behandelteam	440
	Practicum	441
4	De activiteitentherapie en vaktherapie in een therapeutisch milieu	446
	Inleiding	446
4.1	Vormen van activiteiten- en vaktherapie	446

4.2	De activiteiten- en vaktherapie in samenhang met de onderscheiden behandelprincipes	452
	Practicum	454
	DEEL VII MANAGEMENT VAN HET THERAPEUTISCH MILIEU: IN STAND HOUDEN VAN SAMENHANGEND BEHANDELEN	457
1	Inleiding in de organisatieleer	459
	Inleiding	459
1.1	Management en milieutherapie: enkele probleemsituaties	460
1.2	Het begrip organisatie	464
1.3	Enkele theoretische aspecten van een organisatie	470
1.4	Het organisatie-model van Mintzberg	484
	Practicum	496
2	Milieutherapeutische regelkunde	498
	Inleiding	498
2.1	Wisselwerkingen in een behandel-eenheid	498
	Practicum	501
2.2	Niveaus van milieutherapeutisch regelen	502
	Practicum	506
	Practicum	509
	Practicum	521
2.3	Een organisatie-model voor de behandel-eenheden	521
	Practicum	529
3	Naar samenhangend behandelen: de oppervlakte-structuur van een behandel-eenheid	531
	Inleiding	531
3.1	De basisfilosofie	531
3.2	De taakverdeling	532
3.3	De communicatie binnen het behandelteam	532
3.4	Leiderschap	533
	Practicum	534
4	Naar samenhangend behandelen: de dieptestructuur van een behandel-eenheid	536
	Inleiding	536
4.1	Problemen op het niveau van de dieptestructuur	536

4.2	De afzonderlijke medewerker	538
4.3	Het behandelteam als groep	539
4.4	Leiderschap	540
4.5	De relatie met de organisatie waarvan de behandeleenheid deel uitmaakt	541
4.6	De patiëntengroep	543
	Practicum	544
5	Adviezen voor de praktijk	547
	Inleiding	547
5.1	Crisisinterventie	547
5.2	Omgaan met conflicten	549
5.3	De praktijk van het leiderschap	554
	Practicum	556
6	De kwaliteit van een behandeleenheid als therapeutisch milieu voor samenhangend behandelen	560
	Inleiding	560
6.1	Het begrip kwaliteit	561
6.2	Kwaliteitsbewust behandelbeleid	564
	Practicum	567
6.3	Het behandelteam en de kwaliteitsbewaking	568
	Practicum	569
	Literatuur	571
	Over de auteurs	578
	Register	579

Het therapeutisch milieu, een nieuwe variatie op een oud thema

Inleiding

De psychiatrie is voortdurend in verandering. Zo heeft een veranderde visie op de psychiatrische patiënt een herziening van de traditionele behandelingsmethoden met zich meegebracht. Deze herziening had betrekking op het behandelen en begeleiden van de individuele patiënt en op de opbouw en organisatie van de omgeving waarbinnen de patiënten verblijven. Daarbij is het inzicht gegroeid dat de problemen die psychiatrische patiënten hebben, bepaald worden door een veelheid van factoren. Er is sprake van een samenspel van sociale, psychologische en lichamelijke facetten van de mens.

Rekening houdend met de relatieve bijdrage van deze facetten van het ziekteproces, wordt een therapeutisch milieu geboden. Er wordt getracht een milieu te bieden dat de behandeling, de bejegening en/of begeleiding aan de patiënt geeft, die hij nodig heeft. Daarbinnen wordt een goede sociale omgeving geboden. Deze omgeving maakt een bepaalde wisselwerking met de patiënt mogelijk die uiteindelijk kan leiden tot verbetering of zelfs genezing.

In dit hoofdstuk beschrijven we hoe deze gedachten in de loop der tijden zijn ontstaan. Daarbij zal opvallen dat deze inzichten hier en daar al eerder aanwezig waren.

1.1 Het therapeutisch milieu: een oud thema

1.1.1 DE PERIODE TOT ONGEVEER 1800

Wanneer kennis genomen wordt van de geschiedenis van de behandeling van psychiatrische patiënten tot ongeveer 1800, dan valt op dat het lot van deze patiënten in veel gevallen bijzonder triest was. Veelal is er sprake van opsluiting, mishandeling en bewaking. Het was een verdediging van de maatschappelijke samenleving tegen een bedreiging door onrustige, agressieve maar ook afwijkende en onbegrijpelijke individuen. Het ontbrak totaal aan kennis over de aard van de psychische

stoornissen. De geesteszieke werd niet als een ziek mens gezien, maar als een bedreiging zonder meer. Van een therapeutische benadering was dan ook geen sprake. Het milieu waarin de patiënt verbleef, had een sterk antitherapeutische werking.

Naast deze negatieve instelling zijn er in de verschillende tijdperken mensen en situaties geweest die een meer positieve instelling lieten zien tegenover de psychisch gestoorden. Geconstateerd kan worden dat er sprake was van een wijze van omgang die, voor die tijd zeker, therapeutisch genoemd mag worden.

Enkele van die momenten waren de volgende.

- De Grieken (Hippocrates) en Romeinen (Galenus) beschouwden geestesziekte als een gevolg van lichamelijk lijden. De psychisch gestoorden werden behandeld met kalmerende middelen zoals rust, dieet, koud en warm water. De dwangmiddelen werden tot een minimum beperkt. In die tijd werd zelfs het therapeutisch effect gezien van zang, het luisteren naar muziek, het doen van lichaams-oefeningen en het kijken naar drama's.
- Gedurende de Middeleeuwen was er vooral de invloed van de kloosters (benedictijnen). Ze waren een toevluchtsoord voor de 'bezetenen'. Het aanbieden van een juiste leefregel in een goede omgeving had positieve effecten op het geestelijk leven van de bewoners.
- In de dertiende eeuw was er in de Belgische plaats Geel al een inrichting voor geesteszieken. Er bestond daar een beschermheilige voor krankzinnigen: Sinte Dimfna. Van heinde en verre kwamen zieken bij haar genezing zoeken. De zieken werden met zorg verpleegd in kamertjes die uitkwamen in de kerk. Er ging een kalmerende werking uit van de rustige omgeving en de goede verzorging. Sommigen vonden onderdak bij gezinnen in Geel. Dit was het begin van de gezinsverpleging.

1.1.2 HET KEERPUNT

Rond het jaar 1800 beginnen de opvattingen over psychisch gestoorden te veranderen. Daarmee veranderen ook de bejegening van en de voorzieningen voor psychisch gestoorden.

Een van de eerste pioniers was Pinel (1745-1826). Hij was als arts werkzaam in Parijs in het ziekenhuis Bicêtre en in de Salpêtrière, een voormalige salpeterfabriek, later een gevangenis waarin misdadigers samen met geesteszieken werden opgesloten. Nu is het een ziekenhuis en een gebouw waarin de medische faculteit van de Parijse universiteit is gevestigd. Onder invloed van de ideeën van de Franse Revolutie (vrijheid, gelijkheid en broederschap) bevrijdde Pinel hier in 1793 de

geestelijk gestoorden uit hun ketens. Waarom deed hij dat? Wat was de achterliggende gedachte?

Allereerst was hij van mening dat hij hier niet te doen had met misdadigers, maar met zieke mensen die verzorging nodig hadden. Ten tweede was Pinel er zich van bewust dat het gedrag van de patiënt in belangrijke mate bepaald wordt door de omgeving waarin hij verblijft. Hij wees er dan ook op dat het gedurende lange tijd vastgebonden en opgesloten zijn tot agressie, angst en vluchtelingen leidt. Een dergelijke omgeving draagt op geen enkele wijze bij tot het herstel van de patiënt. Integendeel, de situatie wordt steeds uitzichtlozer.

De nieuwe behandelingsmethoden van Pinel stonden lijnrecht tegenover de bewakingsmethoden die in die tijd gebruikelijk waren. Zijn nieuwe aanpak noemde hij 'morele behandeling'. Het woord 'moreel' werd voor het eerst gebruikt door William Battie (1758). Hij paste deze methode toe bij de behandeling van George III, koning van Engeland. Het woord 'moreel' betekende hier niet moreel juist. Het was meer een vorm van behandelen waarbij het meevoelen met de patiënt, respect hebben voor de patiënt en het overwicht hebben op de patiënt centraal stonden. Tegenwoordig zou men spreken van zorgdragen voor een empathische en coachende relatie met de patiënt. Naast deze meer therapeutische wisselwerking, achtte Pinel ook een bepaalde omgeving bevorderlijk voor de geestelijke gezondheid van de patiënten. In zijn visie moest een behandelmilieu een gemeenschap zijn, waarin zinvol werk werd verricht, voor ontspanning werd gezorgd en waar de patiënt in zijn waarde werd gelaten. Dwang werd toegepast als het nodig was. Die bestond dan uit gepaste afzondering. In die omgeving functioneerden ook de hulpverleners. Hun houding was tolerant en aanvaardend. Zij waren een voorbeeld van gepast gedrag, menselijkheid en liefdevolle zorg. Pinel schreef in zijn *Verhandeling over krankzinnigheid* (1806): 'Ik zag een groot aantal geesteszieken bijeen die onderworpen waren aan een ordelijk en gedisciplineerd leefpatroon. Hun stoornissen werden geleid naar een ordelijk en harmonisch samengaan. Ik ontdekte toen dat krankzinnigheid in veel gevallen uitsluitend te genezen was door een goedaardige behandeling en meevoelende aandacht. Ik zag met verbazing de mogelijkheden die de natuur bood wanneer zij zichzelf gelaten werden en deskundig bijgestaan. Wanneer enkel deze grondbeginselen van de morele behandeling in het oog worden gehouden, zal vaak niet alleen het fundament van een genezing worden gelegd, maar ook een genezing worden voltooid. Wanneer daar geen acht op wordt geslagen kan elke volgende aanval van krankzinnigheid erger worden tot uiteindelijk de ziekte vastligt, in haar vorm blijft voortbestaan en niet meer te genezen is ...'

De ideeën van Pinel werkten niet alleen door in Frankrijk, maar vonden ook hun weerklank in andere landen. Zo stichtte in Engeland de quaker William Tuke de York Retreat, een soort opvangtehuis. Bij de behandeling van psychiatrische patiënten werd hier de nadruk gelegd op een vriendelijke en welwillende atmosfeer. De tijd werd op zinvolle wijze doorgebracht door op regelmatige tijden werk te verrichten en aan ontspanning te doen. Er was sprake van een huiselijke omgeving en de patiënten werden er als gasten behandeld. De quakers brachten de morele behandeling over naar de Verenigde Staten. Charles Dickens beschreef de resultaten ervan in een levendig verslag van zijn bezoek aan het instituut van South Boston (1842): ‘Het State Hospital voor krankzinnigen wordt bewonderenswaardig geleid volgens de principes van vredelievendheid en vriendelijkheid. Elke patiënt eet hier dagelijks met mes en vork. Bij elke maaltijd wordt de meer gewelddadige louter door morele beïnvloeding weerhouden de anderen de keel af te snijden. De uitwerking van die beïnvloeding is een absolute zekerheid geworden. Deze wijze van beïnvloeden lijkt, zelfs als dwangmiddel, om niet te zeggen als geneesmiddel, honderd maal meer doeltreffend te zijn dan alle dwangbuizen, boeien en oorvijgen die uit onwetendheid, vooroordeel en wreedheid zijn voortgekomen sinds de schepping van de wereld. Elke patiënt wordt met het gereedschap dat hij voor zijn werk nodig heeft net zo vertrouwd alsof hij een gezond mens is. Voor hun ontspanning wandelen, hollen, vissen, schilderen en lezen de patiënten. Om een luchtje te scheppen maken ze uitstapjes in rijtuigen die voor dat doel beschikbaar zijn gesteld. De prikkelbaarheid, die anders op hun eigen lichaam, kleren en meubelen afgereageerd zou worden, wordt door deze bezigheden verdreven. Zij zijn vrolijk, rustig en gezond. In het algemeen viel er een enorme beleefdheid en goede manieren waar te nemen. Voor allen was de dokter hierin een voorbeeld. Duidelijk is dat een belangrijk kenmerk was: het inprenten van en het aanmoedigen tot een fatsoenlijk zelfrespect, juist bij zulke ongelukkige mensen.’

De vernieuwingsideeën die op gang gebracht waren, hadden ook hun uitstraling in Nederland. Zo drong Schroeder van der Kolk (1797-1862) in de eerste helft van de negentiende eeuw aan op een vermenschelijking van de behandeling van psychiatrische patiënten. De lijfstraffen moesten tot het uiterste beperkt worden en de patiënten moesten meer bewegingsvrijheid krijgen. Hij zag ook het belang van een geschikte omgeving voor de patiënt. Het veranderen van het milieu vond hij een van de beste maatregelen voor het herstel van de patiënt. Een onderdrukkend milieu verergerde alleen maar het zieke gedrag. Zijn

hervormingsideeën leidden tot een verbouwing en modernisering van de psychiatrische inrichtingen. Als voorbeeld diende de Willem Arntsz Stichting te Utrecht, waarvan Schroeder van der Kolk regent was. Bambang Oetomo schreef in zijn boek *Van asiel tot revalidatiecentrum* (1970) over deze inrichting: 'De in 1831 opgeleverde nieuwbouw voorzag in gescheiden afdelingen voor mannen en vrouwen, terwijl bovendien de geneeslijke en ongeneeslijke patiënten afzonderlijk werden verpleegd. De 'ellendige hokken' maakten plaats voor betere kamertjes.'

Het meest consequent in de afwijzing van dwang bleek in Nederland Everts te zijn. Het no-restraint-systeem (geen dwang) van Conolly begon hij als geneesheer-directeur van het gesticht Meerenberg (het voormalig Provinciaal Ziekenhuis) te Santpoort, nu onderdeel van de Meren te Amsterdam, toe te passen.

Alvorens de werkwijze van Everts te behandelen zal eerst nader ingegaan worden op het no-restraint-systeem van Conolly.

John Conolly (1794-1866) bewees dat het mogelijk was geestelijk gestoorden zonder dwangmiddelen te behandelen. Dit zou een gunstiger invloed hebben op het ziek zijn. Zijn rapporten beschreven hetzelfde als wat Pinel constateerde: dwang en vrijheidsbeperking leiden tot meer onrustig, agressief en geagiteerd gedrag.

Soms was het echter toch nodig dat patiënten beschermd werden tegen zichzelf en/of anderen. In dat geval werd door Conolly separatie toegepast in gecapitonneerde kamertjes. Van vastbinden mocht echter geen sprake zijn. De patiënt moest, ook al was hij gesepareerd, zijn bewegingsvrijheid behouden.

De ideeën van Conolly waren dus een belangrijk uitgangspunt voor het beleid van Everts. Bambang Oetomo zegt hierover: 'Everts ging ervan uit dat er bij normale mensen sprake was van een harmonisch evenwicht in fysieke, morele en intellectuele vermogens, terwijl dit harmonisch evenwicht bij gestoorden volgens hem verbroken was. Maar zijns inziens zijn die vermogens geenszins verloren gegaan.'

Vervolgens laat hij Everts zelf aan het woord: 'Die deugden schijnen dikwijls geheel uitgedoofd en vernietigd, maar zij bestaan toch en kunnen worden opgewekt. Zulke ongelukkige lijdens zijn ongetwijfeld veelal ongeschikt voor de vrije maatschappelijke samenleving, maar het zijn daarom geen onbruikbare mensen die tot niets nuttigs in staat zijn. Zij behoeven echter voor hen ingerichte gestichten, waar alles op de bruikbaarheid en ontwikkeling van hunne deugden, talenten en hogere vermogens is ingericht; waar zij onder doelmatige, geduldige en liefdevolle leiding een eigen kleine maatschappij vormen en hun leven nuttig en tevreden slijten, waar zij worden opgevoed en ontwikkeld.'

Zeer dikwijls worden zij, langs deze weg van algemene leiding en opvoeding, wederom geheel bruikbaar voor de grote samenleving en keren, na vele jaren zelfs, als hersteld in de gewone maatschappij terug.' De conclusie van Bambang Oetomo is, dat Everts de geestelijk gestoorde niet enkel wil aanpassen aan het gesticht, maar dat hij tevens een aanzet heeft gegeven tot de resocialisatie- en rehabilitatiegedachte. Veel elementen van het beleid van Everts kwamen voort uit het idee van morele behandeling, waarvan het no-restraint-systeem een onderdeel was.

Morele behandeling hield volgens Everts in:

- 'Het toepassen en aanwenden van diëtistische middelen.
- Het aansporen der verpleegden tot arbeidzaamheid, uitspanning en verpozing.
- Het geven van onderwijs, het houden van godsdienstoefeningen, bijbelverklaringen, zedenkundige voorlezingen, enzovoort.
- De afschaffing van lijfswang, vermindering van afzondering en opsluiting.
- Het opwekken tot zelfbestuur der verpleegden.
- Het aankweken van gevoel van eigenwaarde en zedelijke vrijheid.
- De betoning van vertrouwen en onveranderlijke minzaamheid door het dienstpersioneel tegenover de verpleegden.
- Het bevorderen van algemene bedrijvigheid, zucht tot orde en tevredenheid en tot erkenning van maatschappelijke voorrechten en plichten.'

Toch kreeg Everts grote moeilijkheden bij het consequent volhouden van deze wijze van behandelen. Enerzijds kwam dat door de grote aantallen moeilijke patiënten die, vanuit de gasthuizen in Amsterdam, aangemeld werden. Men was dan soms genoodzaakt meer patiënten tegelijk in een separeerruimte onder te brengen. Dat dit tot ernstige problemen leidde, spreekt voor zichzelf. Om moeilijkheden te voorkomen moest men wel teruggrijpen op het vastbinden met riemen.

Anderzijds waren het de bedienden, zoals de toenmalige psychiatrisch verpleegkundigen genoemd werden, die voor de problemen zorgden. Zij hadden nauwelijks opleiding gehad en werkten meer vanuit hun eigen angst of streven naar gemak. Lastige en moeilijke patiënten waren voor hen alleen maar vervelend en bedreigend. Het vastbinden was voor hen dan vaak de enige oplossing.

Al met al was de situatie niet rooskleurig. De toename van het aantal patiënten en het gebrek aan plaatsen remden een verdere uitwerking van deze wijze van behandelen af. De toepassing van dwangmiddelen kreeg eerder de overhand dan dat ze tot een minimum beperkt werd.

In dit kader is het interessant de visie van Greenblatt (1978) te vermelden. Hij somt een aantal factoren op die bijgedragen hebben tot het verdwijnen van de morele behandeling in de Verenigde Staten.

De Tweede Industriële Revolutie, die omstreeks 1860 begon

Een maatschappij waarin landbouw en veeteelt de hoofdbronnen van het nationaal inkomen waren, ging over in een industriële maatschappij, die op een kapitalistische leest geschoeid was. Deze ontwikkeling ging gepaard met een afnemende bereidheid om op menselijke wijze met geesteszieken om te gaan. De steden werden groter door de komst van het industrieproletariaat. Deze toename van het aantal mensen leidde op haar beurt tot een overbevolking van de psychiatrische inrichtingen. Van een evenredige toename van het aantal stafleden was echter geen sprake. Dit had directe gevolgen voor de kwaliteit van de zorg.

Het Amerikaanse proletariaat bestond voor een belangrijk deel uit immigranten. Zij hielden zich in kommervolle omstandigheden op in de grote steden. Hun leefgewoonten waren vreemd in de ogen van de reeds gevestigde mensen en zij werden zowel binnen als buiten de kliniek ervaren als een bedreiging. De houding tegenover deze vreemde en verpauperde groep mensen werd dan ook in toenemende mate vijandig.

In een dergelijk klimaat was men steeds minder bereid om op humane wijze, zoals de morele behandeling die voorstond, met psychiatrische patiënten om te gaan. Dat de stemming bij de beter gesitueerde burgers tegenover geesteszieken en inrichtingen vijandig werd, blijkt uit een rapport van het Worcester State Hospital in 1858: 'Het is niet verbazingwekkend dat de krankzinnigheid van een goed opgevoede, intelligente en beschaafde persoon eerder toeneemt dan geneest, wanneer een dergelijk persoon in aanraking komt met mensen die er grove gewoonten en smaak op na houden, ruw van aard zijn en vuile kleren dragen.'

Een toenemende invloed van de neuropathologie

Het werd snel een algemene opvatting dat de oorzaak van alle psychiatrische ziekten organisch bepaald was, dat wil zeggen: dat zij voortkwamen uit een of andere vorm van hersenbeschadiging. In plaats van actief met mensen bezig te zijn, werd het beter gevonden maar te wachten tot een wetenschappelijke ontdekking een oplossing zou bieden voor het herstel van die hersenbeschadiging.

Een denkstroming in het laatste decennium van de negentiende eeuw: het sociale darwinisme

Darwin ontwikkelde een evolutietheorie. Deze theorie vormde en vormt nog steeds een belangrijke pijler van de biologie. De kern van deze theorie is de gedachte dat de levensvormen met de meeste mogelijkheden tot aanpassing aan wisselende omstandigheden blijven voortbestaan en andere vanzelf zullen verdwijnen. Immers, de eerste levensvormen kunnen, in de ogen van Darwin, beter overleven. Zij zijn in staat de hiervoor noodzakelijke eigenschappen over te dragen op hun nakomelingen. Deze theorie is ook toegepast op mensen. Duidelijk is dat een dergelijke toepassing onmiddellijk leidt tot verkeerde interpretaties. Zo zouden psychiatrische patiënten tot een zwakkere soort met weinig overlevingskansen behoren. Volgens onverbiddelijke ‘sociale wetten’ zouden zij dan uiteindelijk tot verdwijnen gedoemd zijn. Het werd zinloos gevonden tegen deze onvermijdbare ‘sociale wetten’ in te gaan door deze sociaal en psychologisch onvolwaardige mensen te genezen.

De afname van het aantal ontslagen patiënten werd door de toenmalige voormannen van de psychiatrie in de Verenigde Staten opgevat als een teken dat psychisch ziek zijn snel iets boosaardigs aan het worden was

Met andere woorden: het psychisch ziek zijn was haast niet uit te roeien. De gestoorden in huizen bijeenpakken en werkprogramma’s zonder beloning opleggen werden als de beste oplossingen gezien in deze slechte omstandigheden.

De hierboven geschetste situatie in de Verenigde Staten is niet helemaal te vergelijken met die in het Nederland van die tijd. Toch kunnen enige overeenkomstige elementen worden aangegeven, die bijgedragen hebben tot het verdwijnen van de morele behandeling van psychisch gestoorden. Ook in Nederland was er, mede onder invloed van de Industriële Revolutie, een bevolkingstoename en daarmee een grote toename van het aantal patiënten. Zo vermeldt Bierenbroodspot (1969) dat het psychiatrisch ziekenhuis te Santpoort een verviervoudiging van het aantal patiënten meemaakte tussen 1849 en 1885. Men was genoodzaakt de ‘no-restraint-behandeling’ op te geven en opnieuw de dwangmethoden in te voeren. Zo ontstaat de invoering van de permanente bedverpleging en de toepassing van allerlei inwikkelmethoden. Ook de bedverpleging van Neiszer vond ingang als reactie op de ‘ongebreedeldheid’ van het no-restraint-systeem (‘gekkenvrijheid’). Het was zelfs zo, dat in Santpoort, en zeker ook elders, soms 60% van de patiënten min of meer permanent in bed verbleef. De invoering van de bedverpleging betekende dat men geestelijk gestoorden steeds

meer ging zien als lichamelijk zieken. De symptomen probeerde men dan ook met lichamelijke behandelingsmethoden te bestrijden. De hele inrichting van het milieu van de patiënt was gebaseerd op het ziekenhuismodel.

Een ander probleem in Nederland vormde het gebrek aan goed opgeleid personeel. Het personeel dat aan het eind van de negentiende eeuw in de inrichtingen werkzaam was, bestond uit werklozen, oppassers uit andere gestichten, mensen die met een bewijs van goed gedrag uit een bedelaarskolonie ontslagen waren en ex-militairen. 'De laatste twee categorieën waren vaak wegens dronkenschap nauwelijks in staat om te werken', zo verzuchtte een inspecteur voor de geestelijke volksgezondheid in die tijd.

Hieruit blijkt wel dat men niet bepaald openstond voor de problemen van de inrichtingen. Het gaan werken in een inrichting betekende voor veel personen een maatschappelijk eindstation, zoals het opgenomen worden voor de patiënten een eindstation was.

De opvatting dat psychiatrisch ziek zijn uitsluitend voortkomt uit gestoorde lichamelijke processen (zoals bloedsomloop, zenuwgeleiding), heeft tot ver in de twintigste eeuw invloed gehad op de behandeling van psychiatrische patiënten. Zo worden in de jaren twintig en dertig van de vorige eeuw als nieuwe behandelingen ingevoerd: de slaapkuur, de shocktherapie en een eerste poging tot medicamenteuze behandeling.

Na 1925 is er in en buiten Nederland een andere wind gaan waaien. In Duitsland kreeg Hermann Simon bekendheid met zijn 'Activere Therapie'. Van der Scheer, geneesheer-directeur van Santpoort, nam zijn behandelingsmethode over. Het ging daarbij niet om vermindering van de geneesmiddelen of de afschaffing van dwangmiddelen. Dat waren slechts nevenverschijnselen. Kernpunt was een andere houding bij het behandelend personeel tegenover de patiënten. Het doel van de behandeling was niet het bestrijden van de ziektesymptomen van een patiënt, maar veel meer een appèl doen op gezonde krachten, karaktereigenschappen en bekwaamheden. Hiermede toonde Simon zich een pionier van de rehabilitatie van psychiatrische patiënten. Dit betekende dat bij Simon iedereen een taak, een bepaalde verantwoordelijkheid kreeg, waarop hij aangesproken kon worden. Het geven van vrijheden of het beperken ervan werd gebruikt als middel om gezond gedrag te stimuleren. Simon beschouwde arbeidstherapie, als onderdeel van de 'Activere Therapie', eveneens als een middel om tot gezond gedrag te komen. Hij zag het belang in van een goede samenwerking tussen stafleden. Goed onderling overleg was nodig om de kwaliteit van de behandeling te bewaken. Ook mensen die in opleiding waren,

leerden daar veel van. Binnen de behandelteams werd gelet op onderlinge wrijvingen en weerstanden die een goede taakuitoefening hinderden. Simon wees op het nut van bijeenkomsten waaraan zowel de patiënten als de leden van de behandelteams deelnamen. Het ging er daarbij om die aanpak te vinden, die aansloot bij de mogelijkheden en beperkingen van de patiënt. Het evenwicht dat de patiënt voor zichzelf in stand probeert te houden door welke mechanismen dan ook, dient volgens hem niet onnodig verstoord te worden. De verantwoordelijke behandelaars werd voorgehouden goed te kijken naar de invloed van de omgeving op de patiënt(en).

Een tweede beweging is door Freud in gang gezet. Hij ontdekte dat veel psychiatrische symptomen mede opgevat kunnen worden als voortkomend uit onverwerkte conflicten. Door een bepaalde vorm van gesprekstherapie konden de patiënten zelf aan de oplossing van die onverwerkte conflicten werken. Dit bracht een heel andere houding tegenover de patiënt met zich mee dan de klassieke bewakingshouding. De patiënt kreeg hier de ruimte om zelfstandig te werken aan zijn herstel.

1.2 Het therapeutisch milieu: een nieuwe variatie

De doorbraak naar een herwaardering van het belang van een goede omgeving bij de behandeling van psychiatrische patiënten vond tijdens en na de Tweede Wereldoorlog plaats. Ideeën in die richting waren al te bespeuren voor de Tweede Wereldoorlog in de Verenigde Staten en in Engeland. Twee plaatsen waren gedurende de Tweede Wereldoorlog belangrijk.

1.2.1 DE TAVISTOCK CLINIC IN LONDEN, WAAR W. R. BION WERKZAAM WAS

Hier werd de therapeutische gemeenschap (een bepaald soort therapeutisch milieu) ontdekt als bijproduct van onderzoeken naar groepsrelaties, voorlichting en opvoeding, personeelsselectie, beroepskeuze, het bevorderen van onderwijs en training in gezondheidsleer en zelfs psychologische oorlogvoering. Het werd niet direct gezien als iets speciaals. Na de Tweede Wereldoorlog werd in het Cassel Hospital een milieu ontwikkeld dat ondergeschikt was aan de psychoanalytische psychotherapie. Latere uitwerkingen hiervan hebben de naam psychotherapeutische gemeenschap gekregen. Ex-Tavistockmedewerkers hebben daarin bijgedragen.

1.2.2 HET MAUDSLEY HOSPITAL IN LONDEN, WAAR MAXWELL JONES IN DE TWEEDE WERELDOORLOG WERKZAAM WAS

Hij schrijft hierover het volgende (1940): ‘Hoe kwamen mijn collega’s en ik op ons vroegere idee van een therapeutische gemeenschap? Hoe zijn we ertoe gekomen af te wijken van de traditionele opvattingen van het Maudsley Hospital in Londen? De Tweede Wereldoorlog was hiertoe een prikkel en in 1940 kreeg ik de leiding over een afdeling met honderd bedden om het ‘effort syndrome’ (een vorm van functionele hartpijn ten gevolge van oorlogsinspanningen) te onderzoeken en te behandelen. Omdat we bezig waren met de behandeling van hartneurosen bij militairen, begonnen we aan een wetenschappelijk onderzoek naar de fysiologie van vermoeidheid ten gevolge van inspanningen in de oorlog, maar de omstandigheden dwongen mijn collega’s en mij af te wijken van de traditioneel psychiatrische aanpak. Omdat we voor een eenheid van honderd man stonden met allemaal hetzelfde syndroom, leek dat van ons te vragen dat we hun problemen met alle honderd tegelijk bespraken. Was dit nu iets nieuws of gewoon gezond verstand? Er was een gemeenschappelijk thema: hartziekte. Wij gaven hun feedback vanuit onze fysiologische onderzoeken, waarin zij zeer geïnteresseerd waren. De verpleegstaf bestond uit veel assistent-verpleegkundigen met allerlei achtergronden, die waren opgeroepen om te helpen bij de oorlogsinspanningen. Zij dachten niet zoals de meeste verpleegkundigen, maar straalden iets uit van hun scholing in kunst, ballet of toneel. Wij waren in Londen waar de bombardementen bijdroegen tot een goed moreel, een gevoel van nabijheid en gebondenheid. De traditionele ziekenhuisbarrières maakten langzaam plaats voor intimiteit en democratisering, iets wat in vredestijd misschien wel onmogelijk zou zijn geweest. Terugkijkend was dit het begin van het idee van de therapeutische gemeenschap. De patiënten namen veel van de staftaken over toen zij de fysiologische mechanismen van hun symptomen begrepen. Het werk van de staf was er voornamelijk op gericht hun dit mogelijk te maken en te vergemakkelijken.’

Na de Tweede Wereldoorlog heeft Maxwell Jones bijgedragen aan de oprichting van nieuwe therapeutische gemeenschappen in Engeland en de Verenigde Staten. Deze waren vooral bedoeld voor mensen die in de maatschappij tussen de wal en het schip waren geraakt en een weg terug zochten naar de maatschappelijke samenleving: ex-(krijgs)gevangenen, werklozen enzovoort. Ook hield Jones zich bezig met de reorganisatie van psychiatrische ziekenhuizen. Parallel aan het werk van Maxwell Jones ontwikkelden zich in de Verenigde Staten ideeën van andere mensen over therapeutische milieus.

Vooraf van belang is de richting die de psychoanalyse net voor en vooral na de Tweede Wereldoorlog is ingeslagen. Aanvankelijk had men alleen aandacht voor onbewuste processen. Daarna zijn er mensen gekomen die meer belang hechtten aan de ontwikkeling van het 'ik', dat wil zeggen het bewuste contact van een persoon met zichzelf en de werkelijkheid om hem heen, zijn gevoel van identiteit. Geïnspireerd door de egopsychologie van onder anderen Hartmann en Erikson, ontwikkelden John en Elain Cumming een theorie over milieutherapie (1962). In hun ogen moet het milieu zo opgebouwd worden, dat de patiënt moeilijkheden te overwinnen krijgt, problemen moet oplossen. Dit oplossen van problemen - Cumming en Cumming spreken over het oplossen van crises - zou bijdragen aan de versterking van het ik van de patiënt, van betrokkenheid op de werkelijkheid. In zo'n milieu zou dan de beste basis gelegd worden voor een betere zelfhandhaving na ontslag. Veel elementen die Maxwell Jones beschreef, zijn ook in hun milieuopvatting terug te vinden. Zij ontwikkelden behandelingsprogramma's in klinieken te Kansas en Syracuse (New York). Stanton en Schwartz (1954) waren ook geïnspireerd door de egopsychologie. Door middel van natuurgetrouwe beschrijvingen toonden zij aan hoe belangrijk de sociale structuur van een ziekenhuisafdeling is voor de behandeling van psychiatrische patiënten. Het milieu kan de behandeling vergemakkelijken en stimuleren. Het milieu kan echter ook de behandelingsdoelen in de weg staan en zelfs symptomen doen verergeren. Stanton en Schwartz stelden dat er een sociale norm nodig is waarnaar de patiënt zich kan richten. Wanneer die ontbreekt of wanneer er een chaotische norm is, bijvoorbeeld een onduidelijk voorschrift over wat wel of niet hoort, dan is de ervaring die de patiënt ondergaat dikwijls veel erger dan een eenvoudige routinebehandeling. Met andere woorden: een chaotische norm houdt een gestoord 'ik' in stand. Zo stellen zij dat een duidelijke, samenhangende sociale omgeving nodig is voor een elementaire samenhang van het 'ik'. Voorts toonden zij aan hoe bepaalde omgevingen mede bepaalde symptomen kunnen veroorzaken. Het duidelijkst bleek dit in hun ogen bij manische opwindingsstoestanden en bij incontinentie. Zo vonden zij dat bij een bepaalde manische opwindingsstoestand de patiënt op een of andere manier het onderwerp was van een meningsverschil tussen twee stafleden. Deze stafleden waren zich nauwelijks bewust van het feit dat er dubbele boodschappen naar de patiënt gingen. De manie bleek op te houden wanneer de stafleden in staat waren hun verschillende standpunten serieus te bespreken. Incontinentie treedt vaak op, aldus Stanton en Schwartz, wanneer er conflicten tussen patiënten zijn, wanneer zij zich in de steek gelaten of verwaarloosd voelen, wan-

neer zij vermeden of geïsoleerd worden, wanneer zij hun zelfrespect verloren hebben en wanneer hun geen kans gegeven wordt te laten zien wat zij kunnen. Zij beschrijven verder hoe een hele groep patiënten gestoord gedrag vertoont ten gevolge van een laag moreel bij de staf. Dit laatste heeft dikwijls te maken met onderlinge conflicten en gebrek aan onderlinge communicatie. Andere aspecten, bijvoorbeeld bepaalde beleidsbeslissingen van bovenaf of financiële druk, kunnen dit in de hand werken.

Een andere auteur is Caudill (1958), een cultureel antropoloog die geruime tijd het gebeuren in een kliniek observeerde. Hij vond materiaal dat de stellingen van Stanton en Schwartz ondersteunde. Zo beschreef hij hoe het gedrag van een patiënt beïnvloed werd door de houding die de staf en medepatiënten tegenover hem aannamen.

Naast de beschreven ontwikkelingen van de milieutherapie in Engeland en de Verenigde Staten moeten ook de ontwikkelingen in Frankrijk worden vermeld. De namen van P. Sivadon en G. Daumézou zijn verbonden aan de 'sociothérapie'. In hun opvattingen over milieutherapie staat het begrip individualiteit centraal. Het gaat erom de patiënten een milieu te bieden dat groei en zelfontplooiing bevordert. De groep kan daartoe een bijdrage leveren. De Franse sociothérapie is sterk beïnvloed door psychoanalytici als Adler, Lagache en Lebovici. Ook het existentialisme als filosofische stroming, waarin de uniciteit van een persoon centraal staat, was een belangrijke voedingsbodem. Weinig bekend is de invloed die de sociothérapie als milieutherapeutische stroming in Nederland heeft gehad. Carp gaf er vorm aan in de Jelgersmakliniek te Oegstgeest. Hij noemde zijn milieutherapie 'actieve aanpassingstherapie'. Daarmee onderscheidde hij zich duidelijk van de reeds beschreven stromingen. Volgens Carp is het belangrijk het individu niet passief aan te passen aan de normen en regels van buitenaf, maar deze zijn eigen weg op actieve wijze te leren vinden. Jongerius, een leerling van Carp, heeft in het psychotherapeutisch centrum De Viersprong te Halsteren deze ideeën gestalte gegeven. In zijn dissertatie (1963) beschrijft hij de psychotherapeutische gemeenschap De Viersprong als een milieu waarin gereedschap wordt aangeboden om aan jezelf te werken, een sociaal laboratorium.

In ons land hebben milieutherapeutische programma's meer en meer ingang gevonden. Naast De Viersprong zijn ook andere (psycho)therapeutische gemeenschappen opgezet, zoals de voormalige Oosthoek te Limmen, nu ondergebracht bij GGZ Noord-Holland-Noord, het voormalig centrum voor klinische psychotherapie binnen het psychiatrisch ziekenhuis Langeveld te Noordwijkerhout, thans

onderdeel van De Rijngesest Groep te Oegstgeest en Veluweland te Lunteren, nu onderdeel van de Gelderse Roos. Tevens is er een ontwikkeling te zien naar meer gedifferentieerde therapeutische milieus. In veel psychiatrische ziekenhuizen ontstaan bepaalde milieus voor bepaalde patiënten.

Zo hebben ik-zwakke en verwarde mensen een helder gestructureerd en ik-versterkend milieu nodig, met veel steunende activiteit van staffleden. Passende medicatie is veelal onontbeerlijk. Mensen met een neurotische problematiek, die problemen in relaties met anderen hebben en die zelfstandig daarmee kunnen werken, hebben een milieu nodig waarin daartoe maximaal de kans geboden wordt. Daar kan een bemoeienis van bijvoorbeeld verpleegkundige zijde nu juist antitherapeutisch zijn. Het blijkt dat na de Tweede Wereldoorlog het belang van de omgeving waarin de psychiatrische patiënt behandeld wordt, meer en meer ontdekt wordt. Zo ontstaan er bijvoorbeeld kleinere leefgroepen, aangepaste gebouwen en gespecialiseerde opleidingen. De concrete uitwerking van dit idee in behandelprogramma's heeft lange tijd veel problemen ondervonden. Deze hadden te maken met angst voor het onbekende en angst voor statusverlies bij groepen medewerkers. Immers, milieutherapeutisch werken betekent dikwijls dat afgeweken moet worden van gangbare wijzen van onderling overleg. Open onderlinge communicatie is van groot belang om een goede samenwerking binnen een behandelteam in stand te houden. Dit stond dikwijls haaks op de wijze van omgaan met elkaar in grote instituten. Veel behandelaren hebben zich jarenlang veilig gevoeld in hun hiërarchische positie.

In de afgelopen decennia zijn er veel nieuwe ontwikkelingen op gang gekomen. In de Verenigde Staten zijn de klassieke State Hospitals (staatsziekenhuizen) nagenoeg verdwenen. Dit heeft geleid tot een ontwikkeling binnen de zogenaamde Community Mental Health die inhoudt dat de ambulante begeleiding van diverse soorten patiënten veel aandacht gekregen heeft. Revolutionair waren de ontwikkelingen in Italië. Onder invloed van Basaglia werden alle psychiatrische ziekenhuizen gesloten. De patiënten vielen terug op hun familie of op andere maatschappelijke instellingen. Ook in Nederland is er veel discussie geweest over de plaats van het algemeen psychiatrisch ziekenhuis in de geestelijke gezondheidszorg. Dit leidt tot de opkomst van de Regionale Instellingen voor Beschermd Wonen (RIBW) naast allerlei vormen van deeltijdbehandeling en multifunctionele eenheden (MFE's). Er is sprake van samenwerkingsverbanden tussen en/of fusies van Riagg, APZ en PAAZ. Binnen zo'n samenwerkingsverband worden er verschillende functies uitgeoefend, zoals ambulante behandeling, klinische behandeling en deeltijdbehandeling. Diverse

instellingen ontwikkelden vormen van ketenzorg, dat wil zeggen, een ‘samenhangend geheel van zorginspanningen dat door verschillende zorgaanbieders onder een herkenbare regiefunctie wordt geleverd, waarbij het cliëntproces centraal staat (wat blijkt uit geformaliseerde afspraken tussen betrokken zorgaanbieders over samenhang en continuïteit van de patiëntenzorg). In de zorgketen bestaan gradaties van eenvoudige en strikt volgtijdelijke tot complexe zorg’ (bron VWS). Veel vernieuwing kan beschouwd worden als een regelrechte verbetering van het lot van psychiatrische patiënten. Er zijn echter ook veranderingen die daartoe niet bepaald bijdragen. Zowel in de Verenigde Staten als in Italië, maar ook in Nederland zijn veel patiënten tussen wal en schip gevallen.

Dikwijls ontbrak een goede milieutherapeutische bezinning bij het doorvoeren van de reorganisaties. Er werd geen rekening gehouden met de behoeften van de patiënten of de reorganisatie was meer in functie van beheersmatige zaken (bezuiniging) of het persoonlijk belang van de leidinggevendenden (Janzing, 2009). Een fundamentele bezinning op het behandelmilieu als een vorm van samenhangend behandelen is nodig als uitgangspunt voor een goede reorganisatie, voor het ontwikkelen van behandelssystemen die maximaal tegemoet komen aan de behandelbehoeften van patiënten.

Dit boek beoogt een aantal hoofdlijnen aan te geven die zowel op theoretisch als op praktisch vlak kunnen helpen om tot een goede opzet van een behandelmilieu te komen.

Practicum

Lees hoofdstuk 1 aandachtig door.

OPDRACHT 1

In hoofdstuk 1 is te lezen hoe het therapeutisch milieu zich in de tijd heeft ontwikkeld. De bedoeling van deze opdracht is dat met elkaar kritisch gekeken wordt naar het milieu waarin men nu werkzaam is of waarmee men ervaring heeft. Hiervoor kan de onderstaande lijst met uitspraken gebruikt worden. Voor de uitvoering van de opdracht wordt de groep in subgroepen van drie personen verdeeld. Elke subgroep werkt de volgende opdracht uit.

Bekijk de lijst met uitspraken aandachtig. Selecteer vijf uitspraken die het meest op de eigen situatie betrekking hebben. Bespreek met de subgroep waarom die juist van toepassing zijn. Wissel argumenten uit.

- 1 De organisatie van de werkzaamheden op een afdeling heeft geen enkele invloed op de behandeling van de patiënten.

- 2 Wanneer een patiënt zich 'vreemd' gedraagt, heeft dat niets te maken met wat er om hem heen gebeurt.
- 3 Wanneer er te veel personeel is, worden moeilijke patiënten sneller gefixeerd.
- 4 Lastige en moeilijke patiënten moeten zonder meer geweerd worden uit de groep.
- 5 Een patiënt die langer dan zes jaar in een GGZ-instelling verblijft, komt er nooit meer uit.
- 6 Iedere patiënt weet precies welk behandelprogramma hij zal volgen en waarom.
- 7 De inrichting van de afdeling is bepalend voor de sfeer op die afdeling.
- 8 Het is slecht voor de sfeer binnen een afdeling wanneer patiënten onderling over de gebeurtenissen op hun afdeling praten.
- 9 Weinig contact met de maatschappij is nadelig voor patiënten.
- 10 Het is nuttig om op de afdeling een brievenbus te hebben waarin de patiënten anoniem klachten en ideeën kunnen deponeren.
- 11 Patiënten opdelen in categorieën heeft een nadelig effect op de behandeling en op het genezingsproces.
- 12 Een hiërarchische structuur van een GGZ-instelling of behandel-eenheid geeft zowel de patiënten als het behandelteam een grote mate van zekerheid.
- 13 Om de patiënt sociaal acceptabel gedrag te leren, zijn strafmaatregelen noodzakelijk.
- 14 Het steeds vaker toepassen van medicamenteuze behandelingen heeft patiënten alleen maar geholpen.
- 15 Nieuwe ideeën over de behandeling van patiënten geven alleen maar moeilijkheden.
- 16 Het separeren van moeilijke patiënten is afhankelijk van degene die dienst heeft.
- 17 Patiënten hebben er weinig last van wanneer er tussen de teamleden onuitgesproken meningsverschillen zijn.
- 18 Het is goed dat patiënten bij alles wat ze doen zoveel mogelijk begeleid worden.
- 19 De multifunctionele eenheid is hetzelfde als de vroegere organisatorische eenheden in een psychiatrisch ziekenhuis. Immers, er wordt binnen een gebouw zowel kortdurende, langdurende, ambulante en deeltijdbehandeling aangeboden voor een zeer brede groep patiënten.

Voor de besprekingen van de uitspraken heeft de subgroep ongeveer 50 minuten. Bespreek vooraf wie de verslaggeving in de grote groep

gaat doen. Als elke subgroep klaar is, wordt het werk besproken in de grote groep.

OPDRACHT 2

In de vorige opdracht zijn aan de hand van de uitspraken mogelijk al wat kritische kanttekeningen geplaatst bij het milieu waarin men werkzaam is of geweest is. De bedoeling van deze opdracht is dat ieder voor zich een korte beschrijving geeft van het milieu waarin men nu werkzaam is. Voor die beschrijving wordt gebruikgemaakt van de kenmerken van een therapeutisch milieu volgens Moos (1974). Beschrijf aan de hand van onderstaande vragen het therapeutisch milieu als eenheid van samenhangend behandelen (dus ook deeltijdbehandeling, vormen van ketenzorg, enzovoort) waarin je nu werkzaam bent. Maak deze opdracht van tevoren en bewaar deze beschrijving. Bij de volgende hoofdstukken zal het dan als studiemateriaal gebruikt kunnen worden.

Relatievariabelen

Relatievariabelen zijn de kenmerken van het therapeutisch milieu die te maken hebben met hoe mensen elkaar ervaren en met elkaar omgaan.

Vragen

- 1 Hoe betrokken voelen de patiënten zich bij elkaar en bij de afdeling? Hoe betrokken voelen medewerkers zich bij de patiënten?
- 2 Helpen de mensen elkaar en geven ze elkaar steun?
- 3 In hoeverre worden gevoelens over anderen openlijk geuit?

Behandelingsvariabelen

Behandelingsvariabelen zijn de kenmerken van het therapeutisch milieu die te maken hebben met de verschillende behandelingsdoelen die op de afdeling worden nagestreefd.

Vragen

- 1 In hoeverre is de behandeling gericht op zelfstandig worden?
- 2 In hoeverre is de behandeling gericht op het leren oplossen van praktische, alledaagse problemen?
- 3 In hoeverre is de behandeling gericht op het doorwerken en oplossen van persoonlijke problemen?
- 4 In hoeverre is er in de behandeling tolerantie voor het uiten van onlustgevoelens zoals woede, agressie en irritatie?

Systeemvariabelen

Systeemvariabelen zijn de kenmerken van het therapeutisch milieu die te maken hebben met de organisatie van en werkwijze binnen een therapeutisch milieu.

Vragen

- 1 In hoeverre is de afdeling goed georganiseerd en in hoeverre is er aandacht voor orde, netheid en overzichtelijkheid?
- 2 In hoeverre is duidelijk wat de behandeling omvat? Weten de patiënten waarom ze bepaalde therapieën volgen, waarom er veranderingen in de behandeling plaatsvinden, enzovoort?
- 3 In welke mate treedt het behandelteam op bij grensoverschrijding door patiënten? Is er te veel tolerantie of is er te veel structuur en bewaking?