

Ontwikkelingen binnen de Nederlandse therapeutische gemeenschappen 1966-1976

door J. Lansen

Inleiding

Twintig jaar lang hebben de therapeutische gemeenschappen in Engeland, het land waar de 'therapeutische gemeenschaps-beweging' het eerst wortel schoot, geen verandering ondergaan – aldus *Bleandonu* in 1970. Hij voegt daaraan toe dat ook *Jones* (1968) blijkens zijn werk 'Beyond the Therapeutic Community' er niet in geslaagd is, gedurende dertig jaar arbeid een coherente theorie te ontwikkelen. Eerlijkheidshalve wijst hij wel op het belang van het concept van het sociaal leren, nauw verwant aan opvattingen uit de wereld van de Gestalttheorie en opvattingen over de 'corrective emotional experience' (*Alexander* en *French*). Het sociaal leren komt o.a. tot stand door het doormaken van crisis-situaties (vergelijk ook *Erikson*), terwijl het 'levende leren' een sociaal leren is in de kleine problematiek van het alledaagse leven, dat met minder angst gepaard behoeft te gaan als er een zekere veiligheid is binnen de psychologische muren van de therapeutische gemeenschap.

Verwant met de kritische opmerking van *Bleandonu* is de mening van *Nuyens*, die in 1969 stelt, dat het werk in een therapeutische gemeenschap tot nu toe voornamelijk ideologisch is en een technologische ondergrond mist. *Bierenbroodspot* (1974^a) erkent dit ten dele als hij stelt, dat literatuur over de therapeutische relevantie van de therapeutische gemeenschap schaars is, net zo schaars als de psychoanalytische literatuur van psychische genezing zelf; het is vaak een kwestie die als vanzelfsprekend wordt beschouwd. Als gunstige uitzondering noemt *Bierenbroodspot* het werk van *Gagliano* en *Forisz* (1967), dat stoelt op gedachten van *Bion*.

Tegenover deze kritische stemmen zou ik gaarne een paar opmerkingen willen maken, alvorens ik overga tot het bespreken van

Schrijver is als psychiater verbonden aan het Psychotherapeutisch Centrum De Viersprong, Halsteren en van daaruit momenteel 'consultatief' gedetacheerd in verschillende andere klinieken.

enkele ontwikkelingen in Nederland op het gebied van de therapeutische gemeenschap.

In de eerste plaats is niet elk land zonder meer te vergelijken met Engeland. Weliswaar schoot in Engeland deze beweging het eerst wortel, maar Engeland is een land waar de tijd sindsdien ook in menig ander opzicht bleef stilstaan. Voorts lijkt het onderscheid tussen de 'therapeutic community proper' en de 'therapeutic community approach' belangrijk (Clark, 1963). In het eerste geval is sprake van de kleine klinische behandelingscentra, waar intensief behandeld wordt langs de lijnen van de sociotherapie; dat wil zeggen dat een uiterst belangrijk behandelingsaspect is het gebruik maken van de beste manier om de interactie tussen de patiënten, hetzij in het verband van de kleine groep, hetzij in het verband van de grotere gemeenschap, te optimaliseren. In het tweede geval is sprake van een benadering, die een toepassing heeft op velerlei behandelingscentra van intra- en extramurale aard. Bijvoorbeeld in de sociale psychiatrie, waarbij terecht gepoogd wordt om de patiënt zo mondig en humaan mogelijk te behandelen, doch waarbij de aspecten van de structuur van de patiëntengemeenschap om diverse redenen op de achtergrond staan, o.m. omdat in bepaalde situaties, zoals poliklinische, die structuur er nu eenmaal niet is. Deze 'therapeutic community approach' nu zou wel eens, niet alleen in Engeland maar ook bij ons in Nederland, meer in het beeld kunnen komen door het feit, dat de extramurale behandeling, terecht of niet terecht, meer wordt gestimuleerd (om financiële redenen b.v. of omdat men in grotere intramurale organisaties toch geen heil meer ziet).

In de tweede plaats is het de vraag, of het werk binnen de therapeutische gemeenschap (in dit artikel bedoelen we met deze benaming nu verder de 'therapeutic community proper', de kleine sociotherapeutisch werkende kliniek) nu wel een bepaalde samenhangende theorie moet opleveren. Als men de therapeutische gemeenschap ziet als een toepassing van verworvenheden uit allerlei opvattingen, zoals het gebied van de groepsdynamiek, de interpersoonlijke theorie van *Sullivan*, de psychoanalyse van *Freud* en nog veel meer, dan behoeft men het toch werkelijk niet zo te zien dat een therapeutische gemeenschap alleen maar een correctie is op de afschuwelijke caricatuur van behandeling, zoals die o.a. door *Goffman* (1961) beschreven wordt.

De therapeutische gemeenschap levert door haar veelvormigheid van leven en ontplooiing van het patiëntenbestaan wel zeer goede voorwaarden voor observaties van menselijk gedrag, onderzoek e.d. Degene die nu zou menen dat dit in strijd is met het principe van de uniformiteit van behandeling in de therapeutische gemeenschap, vergist zich. Dit principe betekent slechts een zekere uniforme basis waarop een rijke verscheidenheid van behandelingsaspecten zich ontplooiën kan. Misschien kunnen we beter spreken van een uniforme bejegening: iedere patiënt heeft gelijke rechten, er zijn geen lieverdjes. In elk geval is naar mijn ervaring

de therapeutische gemeenschap een vruchtbaar toepassingsgebied van velerlei theorieën en therapievormen, benevens een mogelijk toeleveringsgebied van rijke patronen over menselijk gedrag op divers gebied, waarmede anderen voor verdere theorievorming omtrent intra- en interpersoonlijk menselijk gedrag, scheppen en leiden van menselijke organisaties en dergelijke, hun voordeel kunnen doen.

In de derde plaats zijn er inmiddels ook artikelen verschenen over therapeutische aspecten van de therapeutische gemeenschap, waarin meer op het 'hoe' wordt ingegaan. Ik verwijs hier voor Nederland naar *Bierenbroodspot* (1972, 1974^a) en *Van Eck* (1972) terwijl een studie- en onderzoekscommissie uit de Nederlandse therapeutische gemeenschappen al verscheidene follow-up rapporten het licht heeft doen zien; cf. o.a. *Bolten* (1975^b), *Wagenborg* en *Tremonti* (1976), *Janzing* en *Stafleu* (1977).

Ontwikkelingen in Nederland

Ontwikkelingen gedurende het laatste decennium in Nederland zijn er verscheidene. Er wordt hier met enige willekeur een aantal aspecten van deze ontwikkelingen behandeld.

1 Resocialisatie vs. therapie

Het valt mij op dat binnen de therapeutische gemeenschappen veel minder wordt geschreven en gediscussieerd over de tegenstelling resocialisatie-therapie. Kon *Dekker* in 1968 nog spreken over het therapeutische milieu als middel met resocialisering als doelstelling, terwijl veelal (bij de chronische inrichtingspatiënt) causale, fysiologische therapieën nog ontbreken (let op de gelijkstelling van causaal en fysiologisch), en kunnen wij vandaag de dag nog vaststellen dat er binnen de psychiatrische inrichtingen nog veel gedaan moet worden om het gedesocialiseerde, gehospitaliseerde gedrag van de patiënt te corrigeren – binnen de therapeutische gemeenschappen is deze discussie zo goed als afgedaan. Zonder alle psychopathologie per se af te doen met een definiëring als 'gestoord gedrag' kan men stellen, dat de milieutherapeutische maatregelen in het verband van de therapeutische gemeenschap alle zonder meer als primair therapeutisch worden gezien. Men kan van mening verschillen over het 'hoe en waarom' en 'bij welke categorie patiënten', maar in principe is er overeenstemming: de gemeenschap is als zodanig therapeutisch (of per vergissing soms ontherapeutisch, maar dat doet aan de strekking niets af); de therapeutische gemeenschap is niet 'slechts' resocialiserend.

2 Bezinning op de grondprincipes

Er is een aantal klassieke kenmerken, de werkprincipes, van de therapeutische gemeenschap. Alhoewel overbekend wil ik ze hier toch even noemen:

Jones (1953) wijst op (ik houd de Engelse termen aan): shared leadership, decision-making at all levels, consensus in decision-making, two-way communication at all levels, en social learning by social interaction here-and-now.

Rapoport (1960) noemt: democratisering, permissiviteit, communalisme (d.w.z. patiënten en staf delen activiteiten en voorzieningen) en realiteitsconfrontatie.

Bierenbroodspot (1969) noemt: het éénvormigheids-principe (één vorm van behandeling), het non-directieve principe (beïnvloeding via het sociale systeem), het realiteitsprincipe (living learning), het democratiseringsprincipe en het prospectieve principe (toekomstgerichtheid).

De lezer kan het zo nodig het beste nalezen in het uitstekende overzicht van *Bierenbroodspot* (1974). Deze wijst zelf er al op, dat deze principes niet tot eenzelfde referentiekader behoren. Zo hebben *Jones'* principes betrekking op werkwijze binnen het sociale systeem, op leertheorieën en op een visie van geestesziekte waarbij therapeutisch iets geleerd moet worden. *Rapoport's* opvatting over democratisering betreft een proces van besluitvorming in een systeem, terwijl zijn opvattingen over permissiviteit en realiteitsconfrontatie typische attitudes betreffen ten opzichte van symptomen, attitudes n.l. die met bepaalde opvattingen van psychotherapie verband houden. Tenslotte bekritiseert hij het gebrek aan consistentie in de principes die hij zelf heeft genoemd – want daarbij zijn zuiver therapeutische beschouwingen en de sociale werktuigen die in de therapie gebruikt worden niet helder gescheiden; en doelen en middelen zijn nu eenmaal niet hetzelfde.

Er bestond trouwens vanuit een kliniek als 'de Viersprong' te Halsteren reeds kritiek op deze principes. Zo merkt *Bolten* (1975^a), mede op grond van een onderzoek naar de uitspraken van patiënten over de essentiële aspecten van een therapeutische gemeenschap op, dat het aspect democratie door de patiënten als niet erg belangrijk wordt gezien, groepsgerichtheid daarentegen wél en ook eigen verantwoordelijkheid en confrontatie-aspecten.

Nu valt er over te twisten wat democratie in een therapeutische gemeenschap is. Met het juridisch-politieke begrip democratie komen we niet erg ver. Het sociologische begrip democratie heeft meer betrekking op maximale openheid van communicatie binnen een systeem en de spreiding van macht en kennis; zoiets als participering in allerlei beslissingen en eveneens in allerlei sociale contacten. Aspecten van het sociologische begrip democratie zijn zeker aanwezig in de opzet van een therapeutische gemeenschap.

Een zeer wezenlijk aspect vindt *Bolten* dat een therapeutische gemeenschap een barrière heeft, die haar scheidt van de maatschappij. Hij bedoelt hiermede, dat de therapeutische gemeenschap weliswaar in vele opzichten maatschappij-georiënteerd moet zijn, maar dat de therapeutische gemeenschap als een oefenveld slechts werkt als het klimaat er zich kan onderscheiden van het

klimaat in de maatschappij (als b.v. sancties primair een pedagogisch-therapeutisch karakter hebben; als bij het leren van gedrag een mislukking niet een even verstrekkend gevolg heeft als in de maatschappij). Overigens is het niet zijn bedoeling om een pleidooi te houden voor een per se beschermende, infantiliserende vorm van apartheid, die tot een hippie-hospitalisatie e.d. leiden kan; de therapeutische gemeenschap is geen reservaat om lekker wat emoties te halen, maar een serieuze werkgemeenschap.

Enigszins aansluitend hieraan kan men zeggen: in deze puriteinse werkwijze geldt veeleer het adagium: iedereen is hier therapeut, ook de patiënt, dan het vroegere: iedereen is hier patiënt, ook de therapeut.

Veel wezenlijker dan alle discussies over grondprincipes en werkwijzen komt mij de opvatting van *Jongerius* (1974, 1976) voor over een therapeutische gemeenschap. Hij geeft als definitie: de therapeutische gemeenschap is een plaats, waar op een consequente en in zichzelf logische wijze getracht wordt om samenwerkingspatronen te construeren, te continueren en te corrigeren ten dienste van mensen, die zoeken uit de problematiek waarin ze zijn vastgelopen te raken. De nadruk valt op het 'consequente' en 'in zichzelf logische': er moet een basis-filosofie ten grondslag liggen, van waaruit men consequent denkt. En aangezien het niet over een polikliniek gaat e.d. maar over een kliniek, moet men dan toevoegen: van de gehele situatie van het opgenomen zijn maakt men op grond van deze basisfilosofie gebruik. Men kan haast niet consequent genoeg zijn om vanuit deze basisfilosofie die totaalsituatie te doordenken, alles uiteraard ten dienste van de behandeling van de patiënt. – Een conditie voor het goed functioneren is ook nog een redelijke stabiliteit van staf- en patiënten-bezetting.

Het is wellicht duidelijk dat nu de kenmerken zoals *Jones*, *Rapopot* of *Bierenbroodspot* ze opnoemt, niet meer primair belangrijk zijn. Zij zullen in allerlei vormen opduiken in de structuur en werkwijze van diverse therapeutische gemeenschappen, doch ze ontlenen hun relatieve plaats slechts aan de functie die ze vervullen op grond van de basisfilosofie van de betreffende gemeenschap. Ik mag wellicht met een voorbeeld dit toelichten.

Permissiviteit is niet eenvoudig een ingrediënt dat er moet zijn. Permissiviteit ten opzichte van b.v. alcoholgebruik wordt geheel bepaald door het nut van dit gebruik binnen de betreffende kliniekdoelen. Het kan gebeuren dat men in een kliniek met zwaar geremde neurotici, waar matig gedronken wordt, er momentaan weinig aandacht aan moet geven. Het kan evenwel ook zijn dat in een kliniek, waar men moeite heeft de patiënt tot inzicht te brengen, de permissiviteit überhaupt niet in Frage komt, omdat de patiënt met een enkel glaasje symbolisch tot uitdrukking kan brengen dat hij zijn hele behandeling niet serieus neemt. Alcoholgebruik is dan geen zaak meer van permissie (ook niet van verbod) maar van uiterst noodzakelijke signalering, opdat geen mo-

ment verloren gaan zal, waardoor men de houding van de patiënt duidelijk kan laten worden.

3 *Conflicten en moeilijkheden*

Er zijn in het laatste decennium in Nederland therapeutische gemeenschappen gesticht – er zijn er echter ook ten onder gegaan. Tot deze laatste categorie behoren Zandwijk en de Rümke-kliniek.

Zonder op de details van deze beide catastrofes in te gaan wil ik toch enige gevaren noemen die mede naar aanleiding van conflicten binnen andere therapeutische gemeenschappen zijn ontstaan, of in hun verhouding tot moeder-instituten.

Een therapeutische gemeenschap binnen het raam van een grotere psychiatrische kliniek loopt gauw het gevaar, het slachtoffer te worden van fantasmen (daar kan alles maar). Omgekeerd kan de therapeutische gemeenschap ook het trotse paradepaard van de instelling worden (*Ploeger, 1972*). In het eerste geval dient men niet in de afweer te schieten, in het tweede geval zij men nog voorzichtiger: het paradepaard heeft geen mogelijkheid van eigen leven. Aan interne conflicten kan een therapeutische gemeenschap gemakkelijk te gronde gaan. Er is in de stafsamenstelling soms zoiets te ontdekken als *Abgelehnten-Agglutination* of een elkaar vinden in een vorm van romantische liefde. Het protest resp. de vereniging tot wederzijdse bewondering is een zeer slechte basis. Ook wittebroodsweken gaan voorbij – ze kunnen overigens wel eens één tot drie jaar duren. Ook stafnarcisme houdt het niet lang vol. Het charismatisch leiderschap zoals *Jones* dat in 1968 nog predikt vormt een uitstekend middel om de therapeutische gemeenschap naar de kelder te jagen. Al evenzo het ontbreken (liever: ontwijken) van leiderschap. Permanente intriganten komen vanuit alle disciplines in elke staf voor. Het enige probate middel is eigenlijk hen de deur uit te zetten.

Schitterende ruzies ontstaan rondom die twee-sporigheidsmodellen, die onvoldoende geïntegreerd zijn. Voorbeelden:

- de psychotherapie leidt een eigen leven en is niet ingebed in de bredere sociotherapie;
- een persoonlijk begeleider of mentor weet zijn plaats niet te vinden binnen een beleidsteam;
- een somatisch arts bepaalt autonoom een belangrijk deel van de gang van zaken in een revalidatiekliniek.

Er zijn natuurlijk ook in het functioneren van de therapeutische gemeenschap golfbewegingen (*Savalle en Wagenborg, 1976*) en ontaardingsverschijnselen (*Ploeger, 1972*), zoals collectieve weerstanden, massavorming van agerende patiënten, disciplinaire ontaarding van een behandelingsteam of ook wel *laissez-faire* ontaarding van de staf. Ik ben geneigd in elke golfbeweging een begin van een ontaardingsverschijnsel te zien en het is naar mijn mening vruchtbaar gebleken, allereerst de stafinteractie kritisch te bekijken. Al deze verschijnselen kunnen stevig bijdragen tot

bestaansbedreigingen voor de therapeutische gemeenschap. Dit alles betekent niet dat een therapeutische gemeenschap eigenlijk een te fragiel wezen zou zijn voor onze bezeten wereld. Wel ben ik van mening dat het subtiele evenwicht binnen een levend dynamisch geheel van staf en patiënten een stevige bewaking behoeft, in de vorm van een speciaal met deze taak belaste functionaris (*Jongerius'* opvatting over de sociotherapeut). Het spreekt vanzelf dat tot deze taak óók hoort het overdragen van dit soort bewaking aan de andere medewerkers. Succes acht ik dan redelijk gegarandeerd.

4 Organisatorische ontwikkelingen

In 1973 sloten diverse therapeutische gemeenschappen met uiteenlopende patiëntenpopulaties zich aaneen tot de V.W.P.G., de Vereniging van Werkers in Psychotherapeutische Gemeenschappen. Iedereen, ongeacht de aard van zijn opleiding, die werkt in een door de vereniging erkende psychotherapeutische gemeenschap, kan lid worden. Zij die belangstelling hebben maar niet op zo'n erkende kliniek werken, kunnen buitengewoon lid worden. Momenteel behoren tot de erkende klinieken: Amstelland, Jozef, Oosthoek, Pompekliniek, Rijnland, Spiegelberg, Veluwe-land, Viersprong-volwassenenafdeling en Viersprong-jeugdafdeling, Vondelstraat (dagcentrum) en Zuideroord.

Ook de klinieken voor de behandeling van aan drugs verslaafden sluiten zich aaneen en organiseren zich als therapeutische gemeenschap: de Emiliehoeve b.v., de Bouman-kliniek.

De V.W.P.G. geeft een tweemaandelijks informatiebulletin uit: de Nieuwsbrief. Er worden sterke gemeenschappelijke research-activiteiten ontwikkeld met het oog op de evaluatie van de behandeling: de Nieuwkoopse vragenlijst (Bolten, 1975^b; Wagenborg en Tremonti; 1976).

Vanuit de therapeutische gemeenschappen begint een grote invloed uit te stralen op andere gebieden in de geestelijke en lichamelijke gezondheidszorg. Veel stafleden werken part-time bij allerlei instellingen, zijn bestuurslid van psychotherapeutische verenigingen van uiteenlopende aard, geven supervisie aan medewerkers van andere klinieken en trainingen.

Nieuw is een meer geïnstitutionaliseerde consultatiedienst zoals de Viersprong die biedt. Ondergetekende mocht in dienst van de Viersprong o.a. medewerken aan het opzetten van een therapeutische gemeenschap in het Nederlands Astma Centrum in Davos, terwijl ook aan psychiatrische klinieken in de regio deze service zal worden verleend. Er ligt hiervoor nog een groot terrein braak op het gebied van de psychiatrische én somatische residentiële behandeling.

Perspectief

In het bovenstaande heb ik gepoogd het meest essentiële van de

ontwikkelingen binnen de wereld van de Nederlandse therapeutische gemeenschappen gedurende het laatste decennium te schetsen, alsmede een aantal gewonnen inzichten.

Rest mij, nog enige desiderata te uiten voor de komende tien jaren.

– De diverse therapeutische gemeenschappen zouden zich regelmatig door een staf lid van een andere therapeutische gemeenschap moeten laten doorlichten op basisfilosofie, consequente toepassing daarvan en stafinteractie.

– De overheid zou het stichten van therapeutische gemeenschappen op het gebied van de geestelijke en lichamelijke gezondheidszorg moeten stimuleren.

– Er zou zoiets moeten komen als een opleiding beleidspsychotherapie, beleidspsychiatrie of de leer van de therapeutische gemeenschap. Bestaande opleidingen zoals die van psychiaters, psychologen en agogen zijn hiertoe volstrekt ontoereikend.

– Hulpverlening in deze zin aan 'onderontwikkelde gebieden' als Duitsland, België en Frankrijk ware zeer aan te bevelen voor het belang van de patiënten aldaar en voor het steunen van de Einzeltäter, die daar momenteel in isolement werkzaam zijn. Het betreft hier bittere realiteit.

Literatuur

- Bierenbroodspot, P. (1969), *De therapeutische gemeenschap en het traditionele psychiatrische ziekenhuis*. Boom, Meppel.
- Bierenbroodspot, P. (1972), Democratization in the mental hospital as a therapeutic vehicle. *Psychother. Psychosom.* 20, 130-134.
- Bierenbroodspot, P. (1974^a), Delen of delegeren van macht: een belangrijke therapeutische beslissing in de ontwikkeling van een psychiatrisch ziekenhuis. *Ned. Tijdschrift voor Psychiatrie* 16, 323-333.
- Bierenbroodspot, P. (1974^b), *The therapeutic community, its model, its possible aid to community mental health*. Paper for the 4th International Conference on social science and medicine, Elsinore.
- Bleandonu, G. (1970), *Les communautés thérapeutiques*. Paris, Scarabée.
- Bolten, M. P. (1975^a), *Meningen van patiënten en stafleden over therapeutische factoren in een T.G.*, Nieuwsletter Ver. v. Werkers in T.G.
- Bolten, M. P. (1975^b), *Meten is weten*. Rapport van Werkgroep Follow-up Therapeutische Gemeenschappen, Halsteren.
- Clark, D. H. (1963), The therapeutic community – concept, practice and future. *Brit. J. Psychiat.* 111, 947-954.
- Dekker, E. (1968), De psychiatrische inrichting als therapeutisch milieu. *Het Ziekenhuiswezen* 41, 322-337.
- Van Eck, L. A. J. M. (1972), Transference relation to the hospital. *Psychother. Psychosom.* 20, 135-138.
- Gagliano, E. en L. Forisz (1967), Intensive hospital treatment of severe psychiatric disorders. *J. Hosp. Comm. Psychiatry* 18, 74-82.
- Goffman E. (1961), *Asylums, essays on the social situation of mental patients and other inmates*. New York, Anchor Books.
- Janzing, C. en G. Stafleu (1977), *De structuur van de Nieuwkoopse Vragenlijst*, Rapport IV van de Werkgroep Follow-up T.G., Halsteren.
- Jones, M. (1953), *The therapeutic community: a new treatment method in psychiatry*. New York, Basic Books.

Ontwikkelingen in therapeutische gemeenschappen 1966-1976

- Jones, M. (1968), *Beyond the therapeutic community*. Social learning and social psychiatry. New Haven, Yale University Press.
- Jongerius, P. J. (1974/75), De therapeutische gemeenschap en de vormgeving daaraan op 'De Viersprong'. *N.V.P.V. Media*, 3e jrg, 2.
- Jongerius, P. J. (1976), De therapeutische gemeenschap: grenzen en mogelijkheden. *Nieuwsbrief V.W.P.G.*, nr. 8, 6-8.
- Nuyens, Y. (1969), Het psychiatrische ziekenhuis: een therapeutische gemeenschap? *Acta Hosp.* 1, 20 e.v.
- Ploeger, A., e.a. (1972), *Die therapeutische Gemeinschaft in der Psychotherapie und Sozialpsychiatrie*. Theorie und Praxis. Stuttgart, Thieme Verlag.
- Rapoport, R. N., R. Rapoport en I. Rosow (1960), *Community as doctor: new perspective on a therapeutic community*. London.
- Savalle H. J. en J. E. A. Wagenborg (1976), Golfbewegingen in een therapeutische gemeenschap. *M.G.V.* 31, 390-405.
- Wagenborg, J. E. A. en G. W. Tremonti (1976), *Ontstaan, beschrijving en verantwoording van de Nieuwkoopse Vragenlijst*, Rapport II van de Werkgroep Follow-up Therapeutische Gemeenschappen, Halsteren.