

De therapeutische gemeenschap als psychotherapeutisch instrument bij de behandeling van drugverslaafden

door M. Kooyman

Inleiding

In de literatuur is weinig te vinden over positieve ervaringen bij toepassing van individuele psychotherapie bij drugverslaafden. Sterker nog, drugverslaving wordt vaak als contra-indicatie gehanteerd voor een psychotherapeutische behandeling. Over het algemeen wordt aangenomen dat een individuele psychotherapeutische behandeling zinloos is als het gebruik van het middel niet wordt gestaakt. Gezien de grote kans op terugvallen, wordt vaak een periode van een half jaar tot een jaar na het staken van het gebruik aangenomen voordat overgegaan wordt tot een individuele psychotherapie. Verschillende vormen van groepstherapie worden daarentegen wèl met succes toegepast bij drugverslaafden, met name groepen waarbij de nadruk ligt op directe confrontatie van het gedrag in het hier en nu en op directe emotionele interacties, zoals in psychodrama, encounters, screamgroepen en groepen waarbij de nadruk in de eerste plaats ligt op het oefenen van ander gedrag (assertiviteitstraining, transactionele analyse, reality therapy) (Kooyman en Esseveld, 1982). Ook groepen met een niet psychotherapeutisch karakter, zoals de zelfhulpgroepen, blijken een uitstekend middel te zijn om de verslaafden, nadat ze gestopt zijn met het gebruik, in staat te stellen te leven zonder afhankelijk te zijn van drugs.

De oudste vorm van zelfhulpgroepen zijn de groepen van Alcoholic Anonymus. De therapeutische gemeenschappen voor verslaafden in Noord-Amerika zijn ontwikkeld vanuit het zelfhulpprincipe. De door de AA van zijn alcoholproblemen verlost ex-zakenman Chuck Dede-

Schrijver is psychiater en behandeldirecteur van het Jellinekcentrum te Amsterdam. Hij is tevens als wetenschappelijk medewerker verbonden aan de afdeling Preventieve en Sociale Psychiatrie van de Erasmus Universiteit te Rotterdam (hoofd: prof. dr. C. Trimbos). Het artikel werd als voordracht gehouden op de Studiedag van de Sectie Psychotherapie van de Vereniging voor Psychiatrie op 18 juni 1983 te Amsterdam.

rick veranderde de traditionele AA-groep, waaraan hij deelnam, in een confrontatiegroep, door de deelnemers 'game' genoemd, nadat gebleken was dat iedereen fors was opgelucht toen men elkaar eens in gespierde taal de waarheid had gezegd. In 1958 stichtte Dederick in Santa Monica in Californië de leefgemeenschap Synanon, waarin de 'game' gold als middel om problemen aan de orde te stellen en conflicten uit te werken. In enkele jaren tijd groeide Synanon uit tot een gemeenschap met verschillende nederzettingen van honderden ex-verslaafden (Yablonski, 1965). Vooral het feit dat onbehandelbaar geachte harddrugverslaafden in de setting van Synanon drugvrij bleven, baarde in het begin van de jaren zestig veel opzien. De psychiater Daniel Casriel stelde zich ter plekke op de hoogte van de gebruiken en methoden in Synanon. Hij werd een van de oprichters van de eerste therapeutische gemeenschap voor drugverslaafden in New York: Daytop Village (Casriel, 1966). In tegenstelling tot Synanon, waar men had opgegeven te streven naar een terugkeer van de ex-verslaafde naar de door hem verworpen samenleving, was het de bedoeling van Daytop Village de bewoners in de therapeutische gemeenschap voor te bereiden op hun terugkeer naar de maatschappij.

In Europa waren in navolging van Maxwell Jones na de tweede wereldoorlog in verschillende landen therapeutische gemeenschappen voor psychiatrische patiënten ontstaan. Hier bleek dat het democratische klimaat in de therapeutische gemeenschap te weinig grenzen stelde aan het gedrag van bewoners die verslaafd waren. Binnen deze therapeutische gemeenschappen voor meestal neurotici was het gedrag van met name jonge drugverslaafden niet te hanteren. Er werden aparte therapeutische gemeenschappen voor verslaafden opgericht, die zich kenmerkten door het stellen van een aantal duidelijke grenzen aan het gedrag, met name ten aanzien van het gebruik van alcohol, drugs en geweld.

In de meeste therapeutische gemeenschappen werden de principes en de structuren van de in Amerika uit de zelfhulpideeën ontwikkelde therapeutische gemeenschappen overgenomen. Deze Europese therapeutische gemeenschappen werden zowel beïnvloed door de in Amerika ontwikkelde principes en groepstherapieën als door de Europese psychotherapie (Kooyman, 1981).

Therapeutische gemeenschappen voor verslaafden zijn niet eenvoudig te beschrijven. Ze passen niet in de door Van der Linden opgestelde driedeling van therapeutische gemeenschappen, namelijk de reconstructieve therapeutische gemeenschap, de reëducatieve therapeutische gemeenschap en de ondersteunende therapeutische gemeenschap (Van der Linden, 1979).

In de therapeutische gemeenschap voor verslaafden wordt zowel gewerkt aan een heropvoeding, aan het ontwikkelen van interpersoonlijke, sociale en andere vaardigheden, als aan een reconstructie van de persoonlijkheid.

Wanneer de bewoner lang genoeg in de therapeutische gemeenschap blijft om zijn aanvankelijk negatieve motivatie te laten omslaan in een positieve motivatie – het niet onder druk van de omstandigheden, maar vanuit een eigen keuze willen stoppen met het gebruik – blijkt het verblijf in de therapeutische gemeenschap de bewoner in staat te stellen na vertrek met succes te leven zonder afhankelijkheid van enig middel (Kooyman, 1975^b).

De levenswijze van de drugverslaafde en de psychodynamiek van zijn gedrag

Alvorens over te gaan tot de beschrijving van de psychotherapeutische elementen van de therapeutische gemeenschappen volgt een kort overzicht van de psychodynamiek van het gedrag van de verslaafde aan drugs. Allereerst dient duidelijk te worden gesteld dat het verslaafd zijn vrijwel altijd symptoom is van een achterliggende problematiek, zowel psychische, interpersoonlijke als maatschappelijke problematiek. De psychische problematiek kan variëren van een karakterstoornis (in de anglicaanse literatuur 'character disorder') tot neurotische en psychotische stoornissen. Het druggebruik kan het karakter hebben gekregen van een zelfmedicatie om, ten gevolge van een ruime variatie van oorzaken opgetreden, spanningen, angst en pijn te bestrijden. Zo kan er sprake zijn van een ernstige psychische stoornis, zoals een schizofrenie, affectieve psychose, borderline syndromen, etcetera. Wanneer van een dergelijke, ernstige achterliggende psychische stoornis sprake is, is een succesvolle behandeling in een therapeutische gemeenschap voor verslaafden niet te verwachten. Zij gaan de draagkracht van staf en bewoners doorgaans te boven (Lakoff, 1978).

De individuele achterliggende stoornis waar we bij drugverslaafden meestal mee te maken hebben, wordt in dit artikel aangeduid met de term karakterstoornis. Deze verslaafden kenmerkten zich al, vóórdat ze hun toevlucht namen tot druggebruik, door een gedrag dat hen samen met het druggebruik in staat stelde opgewassen te zijn tegen vaak onbewuste, pijnlijke, gevoelens die anders ondraaglijk zouden zijn (Whishnie, 1977). De verslaafde is en was voor zijn gebruik doorgaans niet in staat rechtstreeks bij een ander aan te kloppen om hulp. Via een manipulerend gedrag controleert hij de situatie en beschermt hij zich tegen een afwijzing. Het gedrag is gericht op een directe behoeftebevrediging; er is geen vertrouwen in de toekomst. Er bestaat een basiswantrouwen in de ander bij een volstrekt gebrek aan zelfvertrouwen. Anderen worden gezien als een potentiële bron van pijn.

In tegenstelling tot populaire ideeën zijn verslaafden in het algemeen geen levensgenieters: zij zijn bang voor succes en hebben een destructieve levenswijze.

Volgens Bassin, een Amerikaanse criminoloog en medeoprichter van Daytop Village, kunnen verslaafden worden gezien als mensen die

door een diepgeworteld wantrouwen niet in staat zijn tot het onderhouden van emotionele relaties. Zij worden gekenmerkt door een negatief zelfbeeld, door hem een 'failure identity' genoemd (Bassin, 1976).

Bij het werken met ex-bewoners van therapeutische gemeenschappen in psychotherapeutische groepen viel mij op dat zij vrijwel zonder uitzondering nauwelijks in staat zijn te voelen dat zij het recht hebben te bestaan. Vaak zijn in het eerste levensjaar omstandigheden terug te vinden die wijzen op een stoornis in de relatie met de moeder, waardoor het kind het gevoel kon krijgen niet gewenst te zijn.

Voorts is er doorgaans met name in de separatie/individuatiefase van de ontwikkeling, waarin het gevoel van eigenwaarde, de impulscontrole en de super-ego-ontwikkeling centraal staan, een belastende situatie terug te vinden in het gezin waarin de cliënt opgroeide (Saari, 1976). Het kind is vaak op een inconsequente wijze benaderd, de aan het gedrag gestelde grenzen waren niet consistent, ouders waren vaak afwezig en vaak was er sprake van een ernstige affectieve verwaarlozing. Het kind voelt zich schuldig en meent dat de oorzaak van het gevoelde verlies van affectie bij hem ligt. Als gevolg hiervan zijn pijnlijke affecten gekoppeld aan gevoelens van hopeloosheid en niet de moeite waard zijn. Vaak ontwikkelt zich een extreme separatieangst. Door het ontbreken van het internaliseren van goede objectrelaties is een gebrekkige super-ego-ontwikkeling onvermijdelijk (Hollidge, 1980). De basis is gelegd voor een ernstige belemmering bij het losmaken van het ouderlijk gezin in de adolescentiefase. Het gebruik van drugs kan tegemoet komen aan de behoefte om deze kritische fase op een narcistische wijze te beheersen. Op een symbolische wijze kan de behoefte aan steun en affectie van een ouder op commando worden bevredigd. Het schuldgevoel erbij is gerelateerd aan het besef geen recht te hebben op het goede gevoel, op affectie. De bij het gebruik komende ellende is een symbolische oplossing voor dit innerlijke conflict. De verslaafde is even afhankelijk van het positief gewaardeerde effect van het middel als van de met het gebruik samenhangende ellende.

Als belangrijkste afweermecanisme wordt projectie gehanteerd. Alle negatieve gevoelens worden in de ander geprojecteerd. Het eigen falen wordt geweten aan anderen. De wereld probeert de enige succesvolle identiteit die hij heeft bemachtigd – die van junk – af te pakken. Het zich succesvol kunnen losmaken uit het ouderlijk gezin is een belangrijke, gunstige factor ten aanzien van de uiteindelijke prognose.

Aangenomen kan worden dat drugverslaafden met een narcistische karakterneurose – de categorie waartoe het merendeel van de verslaafden die in een therapeutische gemeenschap worden opgenomen behoort – in het algemeen in hun leven blijven falen, met name in het onderhouden van stabiele relaties. Het is overigens vooralsnog volstrekt onbekend hoe groot het percentage drugverslaafden is – en welke categorie – dat erin slaagt op eigen kracht het gebruik te staken zonder

bijvoorbeeld een verschuiving van de verslaving aan drugs naar een verslaving aan alcohol of psychofarmaca. Onderzoek hiernaar is nog uiterst beperkt (Waldorf, Biernacki, 1981). Voor de categorie drugverslaafden die uiteindelijk voor behandeling terechtkomt in een therapeutische gemeenschap, zal een zodanige structuur dienen te worden aangeboden, dat de bewoner in staat gesteld wordt los te komen van zijn vroege pregenitale fixaties.

De factoren buiten het individu die van invloed zijn op het ontstaan en voortduren van een verslaving

De afhankelijkheid van het druggebruik kan zijn ontstaan in een crisis als gevolg van een verstoring van het evenwicht tussen de volgende factoren: de druk waaronder iemand staat, de ondersteuning die zijn omgeving hem biedt, en de autonomie die het individu heeft om zijn leven richting te geven (Uchtenhagen en Zimmer-Höfler, 1981). Wanneer een van deze factoren te veel of te weinig aanwezig is, komt het individu onder spanning te staan: het gebruik van een middel kan de aldus ontstane stress tijdelijk verminderen. De verslaafde heeft een schijnbare oplossing gevonden voor de achterliggende problemen. Hij voelt zich goed, ondanks de als bedreigend, vervelend of pijnlijk ervaren problemen op persoonlijk, tussenpersoonlijk of maatschappelijk vlak. Hij is vastgelopen in de vicieuze cirkel van de verslaving met als enig overgebleven probleem hoe aan het middel te komen om zich goed of gewoon te voelen. Zolang het middel gemakkelijk verkrijgbaar is en het gebruik geen bijkomende problemen als een slechte gezondheid, gebrek aan geld, de dreiging van een arrestatie, oplevert, zal een motivatie om te stoppen met het gebruik in het algemeen niet optreden. Externe factoren, geldgebrek, uit huis gezet zijn, geen kans om aan het middel te komen, en het optreden van verschillende bijverschijnselen van het gebruik, bepalen meestal de motivatie om hulp te zoeken. Hierbij zal in het algemeen een spel met de hulpverlener gespeeld worden dat mogelijkheden geeft om de verslaving in stand te houden. Het zijn externe factoren die de vraag om opname bepalen. Het gebruik is te lastig geworden. We spreken van een negatieve motivatie. Bij opname zien we een gebruiker die is vastgelopen in de vicieuze cirkel van de verslaving. Stoppen met het gebruik is de eerste stap in de behandeling; een stap waartoe niet gemakkelijk besloten wordt.

Vrij naar Van Dijk kan bij verslaving aan middelen van vier vicieuze cirkels worden gesproken: een farmacologische, een psychologische, die van de directe omgeving (het gezin) en die van de maatschappij (Van Dijk, 1976). Kort samengevat werken deze vicieuze cirkels als volgt: het staken van het gebruik heeft bij de gebruiker een effect dat tegengesteld is aan het door het middel opgewekte, gewenste effect. Opnieuw gebruiken heft dit onaangename effect op. Dit is de farmacologische vicieuze cirkel.

De verslaafde voelt zich schuldig over zijn gebruik. Dit onaangename gevoel verdwijnt door weer te gebruiken. Dit is de psychologische vicieuze cirkel.

In de directe omgeving kan het verslaafd zijn een functie hebben om een pathologisch evenwicht in stand te houden. Zo kunnen bij het staken van het gebruik, van de verslaafdheid, ernstige problemen in het gezin ontstaan, bijvoorbeeld tussen ouders onderling. Het kind is de zondebok en neemt deze rol door de druk van het systeem weer op zich en zit verstrikt in de vicieuze cirkel van de directe omgeving.

De maatschappelijke stigmatisatie van de verslaafde belemmert zijn resocialisatie in ernstige mate. Helaas wordt te vaak uitgegaan van het adagium: eens verslaafd, altijd verslaafd. Dit is de vicieuze cirkel van de maatschappij.

Bij de behandeling wordt de farmacologische vicieuze cirkel uitgeschakeld: het middel kan niet meer worden gebruikt om de onaangename verschijnselen die optreden na het stoppen te bestrijden. Bij de behandeling wordt geleerd de psychologische vicieuze cirkel te doorbreken door onder meer de schuldgevoelens ten aanzien van het gebruik niet meer weg te slikken of te spuiten, maar erover te praten. De negatieve invloed van de directe omgeving wordt uitgeschakeld doordat er een nieuwe omgeving in de vorm van een therapeutische gemeenschap wordt aangeboden. Het is van groot belang om tijdens de opname een relatie te leggen met het oorspronkelijke gezin, teneinde de negatieve invloeden vanuit met name het ouderlijk gezin te voorkomen wanneer iemand in de loop van de behandeling daar bijvoorbeeld weer zijn weekeinden doorbrengt. In sommige gevallen kan er aanleiding zijn tot behandeling van het gehele gezin (Kaufman en Kaufmann, 1979, Stanton, 1982).

Vanuit de therapeutische gemeenschap kan een poging worden gedaan om stigmatisering van de ex-verslaafde te voorkomen en met name het beeld dat een verslaafde onbehandelbaar is, te veranderen.

Doel van de behandeling in de therapeutische gemeenschap

Het doel gaat verder dan het doorbreken van het verslavingsgedrag. Dit gedrag wordt gezien als een symptoom van achterliggende problematiek. Pas nadat het gebruik is gestaakt, komt de problematiek als vanzelf op de voorgrond. In de therapeutische gemeenschap wordt getracht het individu te leren vertrouwen te stellen in zichzelf en in anderen. Het einddoel is niet neutraal, maar positief. De bewoner van een therapeutische gemeenschap wordt geleerd op een positieve wijze om te gaan met spanningen en conflicten en dat om hulp vragen geen teken is van hulpeloosheid. Er wordt naar gestreefd dat de bewoner van een therapeutische gemeenschap zijn sociale, intellectuele, lichamelijke en creatieve mogelijkheden ontplooit, waarbij het van belang is dat hij zijn mogelijkheden leert kennen.

De basisprincipes van de therapeutische gemeenschap

Jongerius geeft als definitie van een therapeutische gemeenschap: '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 zij zijn vastgelopen, te raken' (Jongerius, 1976).

De drugvrije therapeutische gemeenschap gaat hierbij uit van de stelling dat de bewoners moeten leren zichzelf te helpen met de hulp van anderen.

Er is een uniform behandelaanbod. De behandeling is groepsgericht. Het verplichte programma is voor iedereen gelijk. Er zijn strakke huisregels, te weten géén alcohol- en druggebruik, geen gebruik van geweld en geen dreiging met geweld. Bij overtreding van deze regels volgt in de regel onmiddellijke verwijdering uit de gemeenschap. Bij de behandeling wordt geen gebruik gemaakt van vervangende middelen of psychofarmaca. Gestreefd wordt naar volledige openheid binnen de groep. Door zijn geheimen te openbaren leert de bewoner zichzelf kennen; hij leert zijn schuldgevoelens kwijt te raken door erover te praten. De belangrijkste waarden in de therapeutische gemeenschap zijn eerlijkheid, betrokkenheid en verantwoordelijkheid.

De therapie

De therapie is niet totaal van het gebeuren in de therapeutische gemeenschap. Het hele programma is gericht op het uiteindelijke doel. Door zijn duidelijkheid geeft de structuur van de gemeenschap veiligheid en geborgenheid en gelegenheid tot het oefenen in het nemen van verantwoordelijkheden van verschillende niveaus (Kooyman en Bratter, 1980). De bewoners worden gestimuleerd te kiezen voor een niet destructieve levenswijze. De therapeutische gemeenschap biedt de mogelijkheid stoornissen in de vroege ontwikkeling die tot een dergelijke levenswijze hebben geleid te herstellen.

Hollidge noemt als belangrijkste curatieve elementen in de therapeutische gemeenschap de volgende factoren (Hollidge, 1980):

1. *Het doen ontstaan van hoop* – Bij binnenkomst in de therapeutische gemeenschap lijdt de bewoner al of niet bewust aan gevoelens van hopeloosheid en niet de moeite waard zijn. Hij heeft in alles gefaald, ook in het verslaafd zijn. De cliënt wordt duidelijk gemaakt dat hij kan veranderen. Dit kan niet zonder conflicten. Als er geen conflict is, is er geen prikkel tot verandering.

In individuele en groepstherapie kan deze hoop op verbetering vaak moeilijk ontstaan, doordat de cliënt buiten de sessies wordt bevestigd door een voortdurend falen. Het therapeutische klimaat van de therapeutische gemeenschap, waarin iemand nimmer als hopeloos wordt beschouwd en op zijn eigen mogelijkheden wordt aangesproken, door-

breekt het gevoel van hopeloosheid (Yalom, 1975). Als je in een confrontatiegroep een stommeling wordt genoemd, geeft dat in elk geval niet het gevoel als hopeloos geval beschouwd te worden.

2. *Het gevoel van gezamenlijkheid* – Door confrontatie met lotgenoten wordt het probleem niet meer als uniek gevoeld. Door herkenning van de situatie bij anderen ontstaat het noodzakelijke vertrouwen. In tegenstelling tot de situatie bij individuele of groepstherapie voelt de cliënt zich in de therapeutische gemeenschap niet vervreemd in zijn sociale leven.

3. *Altruïsme* – De meeste verslaafden hebben het idee niet veel voor anderen te kunnen betekenen. Door anderen te helpen wordt het gevoel van eigenwaarde versterkt.

4. *Socialisatie* – In tegenstelling tot de manipulerende manier waarop de verslaafde met anderen omging om zijn eigen behoeften te bevredigen, leert hij nieuwe communicatievaardigheden. Hij leert anderen rechtstreeks om hulp te vragen.

5. *Ontwikkeling van interpersoonlijke vaardigheden en delen van informatie* – De cliënt leert kritiek te uiten en te accepteren. Door het uitwisselen van ervaringen krijgt hij het noodzakelijke inzicht in zijn eigen gedrag. Er ontstaat een betere reality-testing.

6. *Groepscohesie* – Nieuwe bewoners kunnen uit angst voor afwijzing de therapeutische gemeenschap als het slechte object gaan zien en zich isoleren. Het confronteren hierop moet gepaard gaan met het geven van inzicht in dit gedrag. Het gevoel erbij te horen doet het onderliggende gevoel niet geaccepteerd te worden verdwijnen.

7. *Het herbeleven van gezinssituaties* – De therapeutische gemeenschap is als het ware een nieuw gezin waar positieve verwachtingen – die zo vaak afwezig waren in het oorspronkelijke gezin – kunnen worden ervaren.

8. *Identificatie* – Als de eerste positieve relaties met medebewoners ontstaan zijn, kan een identificatie optreden die duidelijk verschilt van die met betrekking tot zijn ouders. De oude identiteit wordt verlaten en positieve introjecties, die een gevoel van eigenwaarde, inzicht en vertrouwen tot stand brengen, vinden plaats.

Anders dan bijvoorbeeld bij groepstherapie, waarbij genoemde therapeutische elementen eveneens optreden, zijn ze in de therapeutische gemeenschap onderdeel van een totaal leefgebeuren.

De therapeutische middelen

1. *De structuur van het programma* – De bewoners leren in het programma wisselende sociale rollen te vervullen met verschillende verantwoordelijkheden. Ze leren fouten te maken zonder daarbij het gevoel te krijgen totaal waardeloos te zijn en eigen mogelijkheden en onmogelijkheden te onderzoeken. Van belang is het leren zich te verdiepen in andere bewoners en daarmee uit het narcistische gedrags-

SAN TOZER RESEARCH INSTITUUT

patroon te stappen. Zoveel mogelijk verantwoordelijkheden met betrekking tot de dagelijkse gang van zaken in de gemeenschap worden naar de bewoners gedelegeerd.

2. *De encountergroepen* – De in dit artikel beschreven vorm van encountergroep, de confrontatie-encounter, is ontwikkeld vanuit de Synanon-‘game’ (Liebermann e.a., 1973). In de meeste therapeutische gemeenschappen voor verslaafden is deze vorm van groepstherapie het belangrijkste therapeutische middel. De conflicten uit het dagelijks gebeuren kunnen hier worden uitgewerkt. De bewoners leren hier hun irritaties rechtstreeks te uiten en om te gaan met emoties. Uitgegaan wordt van de hier-en-nu-situatie. Wanneer een relatie wordt gelegd met gebeurtenissen uit het verleden, wordt deze in de hier-en-nu-situatie uitgewerkt. Bij deze groepen wordt gebruik gemaakt van het uitschreeuwen van emoties om in contact te komen met vaak langdurig weggestopte gevoelens. Een catharsis alleen is echter niet voldoende. In de groepen wordt ook gewerkt aan de achterliggende houding die het gedrag bepaalt en aan het verkrijgen van inzicht in het eigen functioneren.

In de encountergroepen richten de aandacht en confrontaties zich beurtelings op één persoon. We noemen dit de ‘groepsfocus’. Uitgangspunten bij de confrontatie zijn dat kritiek uitstekend is. De kritiek mag evenwel niet bedoeld zijn om de ander te kwetsen. Een encountergroep is geen praatgroep. Het belangrijkste is de in de groep opgedane ervaring. In de groep wordt iemand aangemoedigd juist dat te doen, waar hij bang voor is; om al oefenend dit gedrag te leren beheersen. Hoewel soms bewoners de groep kunnen leiden, berust de leiding in de regel bij een van de stafleden. De groepsleider kan ook worden geconfronteerd (Kooyman, 1982^b). Mechanismen die tijdens de groep optreden zijn: ontkenning, identificatie en projectie. Vaak blijkt het voor de deelnemer belangrijker te zijn wat hij tegen de anderen zegt dan wat er tegen hem gezegd wordt: hij confronteert zichzelf in de ander. In het begin van de ongeveer twee uur durende encountergroep worden meestal irritaties gespuid, waarbij de emoties hoog kunnen oplopen. Na enige tijd kan er ruimte komen voor gevoelens van machteloosheid, eenzaamheid, pijn en verdriet. De groep eindigt meestal in een sfeer van betrokkenheid met elkaar. Vooral als contrast met de vaak emotionele confrontaties, is het van belang plaats in te ruimen voor humor. Het is goed als iemand in staat is te lachen om zijn eigen gedrag. Aan het einde van de groep geven de deelnemers hun reactie op hetgeen in de groep is gebeurd (de zogenaamde feedback-ronde).

3. *Andere therapeutische middelen* – Op verschillende tijden in het programma worden langdurige groepen gehouden, in duur variërend van een dag (probes) tot enkele dagen met slechts korte perioden van nachtrust (marathons). Deze groepen kunnen gericht zijn op bepaalde thema's, zoals onverwerkte problemen uit het verleden, seksualiteit, intimiteit, creativiteit, toekomstverwachtingen, etcetera.

Een belangrijke vorm van groepstherapie, welke zijn toepassing vindt in veel therapeutische gemeenschappen voor verslaafden, zijn de door Casriel ontwikkelde cathartische groepen, ook wel schreeuwgroepen of bondinggroepen genoemd. Casriel zelf noemt het NIP-groepen (New Identity Process) (Casriel, 1972). In deze groepen leren de bewoners om te gaan met intimiteit en de bij het ervaren ervan vrijkomende emoties. Van groot belang is het hierna emotioneel doorwerken van pathologische houdingen die de deelnemer belemmert te genieten van intimiteit en plezier.

Wanneer iemand in de groep zich misdraagt, zich niet houdt aan afspraken en het weinig effect heeft als hij hierop aangesproken wordt, kan hij verbaal terecht worden gewezen volgens een vast patroon, waarbij hij door twee tot vier anderen wordt toegesproken met de opdracht alleen te luisteren (zogenaamde 'haircuts'). Binnen de therapeutische gemeenschap worden duidelijke grenzen gesteld aan negatief, destructief gedrag. Dit wordt gezien als een vermijden van een rechtstreekse emotionele confrontatie, waartoe juist voortdurend gelegenheid wordt gegeven in de encountergroepen. Hier komen rechtstreekse emotionele confrontaties in de plaats van het acting out-gedrag.

Soms krijgt de bewoner de opdracht bepaalde facetten van zijn persoonlijkheid extreem te versterken om zichzelf zodoende beter te leren kennen. Zo kan het gebeuren dat iemand door de gemeenschap loopt, verkleed als cowboy, verpleegster, wijze man, of in een andere uitmontering die een bepaald deel van zijn gedrag versterkt. De staf beslist over de positie die de bewoner inneemt in de verschillende afdelingen van de gemeenschap. Als iemand bijvoorbeeld hoofd van de keuken is en in die rol misschien wel goede maaltijden op tafel kan zetten, maar niet door heeft dat er in zijn bemanning een aantal mensen voortdurend gedachten heeft om opnieuw te gaan gebruiken, kan hem duidelijk gemaakt worden dat hij eerst maar eens opnieuw moet leren gewoon tussen de mensen mee te werken.

De therapeutische gemeenschap als sociaal-educatief instrument

De therapeutische gemeenschap is niet alleen een psychotherapeutisch instrument. Een belangrijk facet van het gebeuren in de therapeutische gemeenschap is het leren omgaan met anderen en het leren hanteren van interpersoonlijke conflicten: het 'social learning through social interaction' (Jones, 1953). In de therapeutische gemeenschap wordt geleerd conflicten niet uit de weg te gaan. Een crisis is in de therapeutische gemeenschap een belangrijk leermoment (Lansen, 1977).

Het leren van vaardigheden is een ander onderdeel van het programma. Vaak ontwikkelen bewoners tijdens het verblijf in de therapeutische gemeenschap nieuwe mogelijkheden om zich creatief te uiten.

Het op peil brengen van schoolkennis is weer een ander onderdeel in het programma. Dit is vooral belangrijk voor bewoners die het plan hebben om na hun vertrek uit de therapeutische gemeenschap vanuit het halfweghuis een opleiding te gaan volgen en opnieuw te leren wat leren is.

Therapeutische processen

Als de bewoner zijn probleem niet meer kan wegstoppen door het gebruik van drugs en/of alcohol, als hij niet meer gebruik kan maken van het gebruik van geweld en het vrijwel onmogelijk is zich terug te trekken, kunnen gevoelens van irritatie, angst en woede optreden. Vaak komen pijnlijke en wanhoopsgevoelens naar boven.

Bewoners vermijden iets aan te pakken, omdat ze bang zijn het niet te kunnen. In groepen kan geoefend worden om dit negatieve zelfbeeld te veranderen. Vaak moeten bewoners leren dat ze er recht op hebben te voelen dat ze bestaan, dat ze goed genoeg zijn zonder dat dat betekent dat ze volmaakt moeten zijn. Vanuit dat besef leert de bewoner naar de mensen toe te stappen, emoties te tonen, om hulp te vragen, van zichzelf anderen te houden, verantwoordelijkheid op zich te nemen, succes te kunnen hanteren en emotionele relaties met anderen te onderhouden (Maertens, 1982).

Zoals in elke psychotherapeutische situatie, trekt de bewoner aanvankelijk vaak een afweerpantser op. Dit gedrag wordt geaccepteerd en gezien als een noodzakelijke fase in het opnieuw opgroeien. Er treedt acting out-gedrag op, waaraan op duidelijke wijze grenzen worden gesteld. Omdat er snel wordt ingegaan op dit acting out-gedrag, komt het niet tot ernstige catastrofes, zoals grof lichamelijk geweld of suïcidopogingen. Voordat iemand daartoe overgaat, is er al aandacht geschonken aan zijn destructief gedrag op een beperkter niveau. Wanneer de bewoner zijn 'image' heeft laten vallen, treedt vaak een regressief gedrag op. Infantiele gevoelens uit de oorspronkelijke gezinssituatie worden overgedragen op leden van de nieuwe familie. Overdrachtgevoelens en tegenoverdrachtgevoelens treden op. In de groepen wordt niet geprobeerd om tegenoverdrachtgevoelens te verbergen; ze kunnen geuit worden en eventueel besproken. Het wordt niet mogelijk geacht deze gevoelens in de therapeutische gemeenschap te verbergen. In deze periode van regressie heeft de bewoner zich aan de gemeenschap gehecht en zich ermee geïdentificeerd. Door imitatie van oudere bewoners (rolmodellen) leert hij nieuw gedrag.

In de laatste fase van het verblijf neemt de bewoner afstand, waarbij hij zich soms afzet tegen het programma en als het ware een adolescentie fase doorloopt. Meestal bevindt hij zich intussen in het halfweghuis.

De fasen in de behandeling

De bewoner van een therapeutische gemeenschap doorloopt verschillende fasen.

Alvorens te worden toegelaten tot de gemeenschap, maakt hij een *kennismakings- of introductieperiode* door, zodat hij een duidelijke keuze kan maken actief deel te gaan nemen aan het leven van de therapeutische gemeenschap.

In de *eerste fase* van het verblijf in de therapeutische gemeenschap wordt de noodzakelijke vertrouwensbasis gelegd voor de therapie. Meestal vertrouwt de bewoner eerst slechts een enkel lid van de gemeenschap. Geleidelijk aan vertrouwt hij meer bewoners en de staf. De duidelijke spelregels van de gemeenschap bieden de bewoners, die veelal lijden aan een gebrek aan basisveiligheid en een diepgeworteld wantrouwen in menselijke relaties, houvast en veiligheid. Gedurende de eerste maanden wordt ernaar gestreefd de nieuwe bewoner te leren wennen aan orde en regelmaat en wordt hij geconfronteerd op zijn gedrag en houding. Na enige tijd wordt de aandacht gericht op de wijze waarop hij met zijn medebewoners omgaat.

Kritiek is het moment waarop de bewoner het beeld dat hij van zichzelf vertoont en dat hem op grote afstand van de anderen houdt, laat vallen. Hij voelt zich onzeker en kwetsbaar. Wanneer er voldoende vertrouwen in de groep is ontstaan, zal het moment zijn aangebroken om in te gaan op de achterliggende emotionele problematiek van de betrokkene. In deze *tweede fase* gaat de bewoner, na aanvankelijk door anderen te zijn aangesproken op zijn gedrag, zelf ook anderen confronteren. Hij heeft zijn plaats in de gemeenschap gevonden en kan meer verantwoordelijkheid dragen, ook tegenover nieuwe bewoners. De bewoner krijgt een toenemend gevoel van de moeite waard te zijn en iets voor een ander te kunnen betekenen.

In de *derde fase* van het verblijf in de therapeutische gemeenschap richt de behandeling zich voor een groot deel op het voorbereiden op het verblijf in het halfweghuis en het aangaan van relaties met personen en zaken buiten de therapeutische gemeenschap. De bewoner is een rolmodel voor de nieuwere bewoners.

Er zijn aparte groepen voor bewoners in de verschillende fasen waarin bovengenoemde aandachtspunten centraal staan. In de laatste fase wordt, meestal vanuit een apart gelokaliseerd halfweghuis, de terugkeer in de maatschappij gerealiseerd. Dit gedeelte van de behandeling wordt wel 'terugkeerprogramma' genoemd.

Het terugkeerprogramma – In het halfweghuis vindt het afscheid nemen van het programma plaats, een proces dat voor de meeste bewoners niet zonder problemen verloopt. De stafleden dienen zich bewust te zijn van de belangrijke rol die separatieproblemen spelen. Het is van belang dat stafleden niet in de val lopen door zich voornamelijk op de negatieve kanten van de bewoners te richten. Het gevaar

bestaat dat bewoners negatieve verwachtingen doen uitkomen zonder zich dat bewust te zijn, vooral als dit een herhaling is van de negatieve verwachtingen die hun ouders hadden.

Aan de andere kant kunnen stafleden te hoge verwachtingen hebben, waaraan de bewoners niet kunnen voldoen (Vos, 1983). Het is van belang dat er ruimte bestaat voor negatieve kritiek naar het behandelprogramma. Vaak wordt deze kritiek niet rechtstreeks geuit en kan deze blijken uit acting out-gedrag als het roken van hasj, het overmatig gebruik van alcohol, het niet op afspraken komen, etcetera. Het is nuttig om van tijd tot tijd groepsbijeenkomsten te houden waarin mogelijke kritiek rechtstreeks geuit kan worden.

Negatief gedrag is onderdeel van het separatieproces. Deze problematiek grijpt vaak terug op de vroegere separatieproblematiek ten aanzien van het ouderlijk huis. Het emotionele proces van het doorwerken van het afscheid nemen van de therapeutische gemeenschap kan alleen maar plaatsvinden als er genoeg emotionele afstand is ontwikkeld van het behandelprogramma. Er dient een realistische kijk op het programma te ontstaan.

Anders dan in de therapeutische gemeenschap vindt in het halfweghuis naast groeps gesprekken individuele therapie plaats. Wanneer regelmatig zelfdestructief gedrag optreedt, kan dit worden beschouwd als het ontkennen van de realiteit van een vroegere afwijzing door de ouders. Meestal wordt in dat geval de fantasie gehandhaafd zelf waardeloos te zijn en de veroorzaker van alle problemen. Pas als er voldoende vertrouwen is in de therapeut en in de therapeutische gemeenschap voldoende ik-sterkte is ontwikkeld, kan met succes individuele psychotherapie in het terugkeerprogramma gegeven worden.

Het terugkeerprogramma wordt meestal na ongeveer een jaar afgesloten. Gedurende de laatste maanden woont de cliënt zelfstandig en bestaat het contact uit een incidentele deelname aan groepen en individuele gesprekken op initiatief van de cliënt.

Behandelingsresultaten

Bij de behandeling van verslaafden geldt dat, evenals dat het geval is met ander symptoomgedrag dat duidelijk winst oplevert, de behandeling vaak in de beginfase wordt afgebroken. Pas wanneer de negatieve motivatie is omgeslagen in een positieve – vaak treedt dit pas op na een maandenlang verblijf in de therapeutische gemeenschap – kan worden verwacht dat de behandeling succes heeft.

Momenteel wordt een follow-up-onderzoek uitgevoerd bij de eerste 250 ex-bewoners van de therapeutische gemeenschap voor verslaafden Emiliehoeve (Kooyman, 1975^a, 1982^a). Deze ex-bewoners worden na hun vertrek opgezocht en, indien geen terugval is opgetreden, gedurende vijf jaar gevolgd door middel van een drietal vervol ginterviews. Een vaak gehoorde kritiek op therapeutische gemeenschappen is dat de

energie die in bewoners wordt gestoken vrijwel verspilde energie is. Met de volgende gegevens, afkomstig uit dit nog lopende onderzoek, zou ik dit willen bestrijden.

Uit de onderzoeksgroep zijn ex-bewoners gekozen die op een willekeurige dag aanwezig waren op de Emiliehoeve. Dit was op 1 september 1975. Op deze dag waren 23 bewoners aanwezig. De verhouding mannen/vrouwen was 14:9.

Alle op die dag aanwezige bewoners konden in het follow-up-onderzoek worden betrokken.

Tabel 1: Bewoners van de Emiliehoeve op 1 september 1975

Reden voor opname	D*	A*	DP*	Totaal
Mannen	12	2	0	14
Vrouwen	6	1	2	9
Gemiddelde tijd die de gegradueerden in het programma doorbrachten				37.6 maanden
Gemiddelde tijd die de niet-gegradueerden in het programma doorbrachten				12.1 maanden
Gemiddelde tijd die de gegradueerden uit het programma zijn				50.1 maanden
Gemiddelde tijd die de niet-gegradueerden uit het programma zijn				37.4 maanden
Gemiddelde leeftijd van de opgenomen mannen				24 jaar
Gemiddelde leeftijd van de opgenomen vrouwen				25 jaar

* D = drugsproblematiek

A = alcoholproblematiek

DP = drugs- en psychiatrische problematiek

Uit tabel 1 blijkt dat 3 bewoners waren opgenomen in verband met alcoholproblematiek; de overigen in verband met (hard)drugproblematiek. Twee bewoners hadden tevens specifieke psychiatrische problemen naast hun drugproblematiek. De gemiddelde in het programma doorgebrachte tijd is aangegeven in maanden en heeft betrekking op de tijd tussen het moment van opname en het moment van vertrek uit de Emiliehoeve, of, indien de bewoner vanuit de Emiliehoeve vertrokken is naar het halfweghuis Maretak, het moment van het laatste ambulante contact vanuit Maretak. Het is duidelijk dat de behandeling langdurig is. Uit deze groep zijn slechts twee personen korter dan een half jaar opgenomen geweest.

In tabel 2 wordt een overzicht gegeven van het alcoholgebruik na vertrek. Uit deze tabel blijkt dat niemand van de groep die het programma heeft voltooid (de gegradueerden) problemen met alcohol heeft gehad na vertrek uit het programma, terwijl meer dan de helft van de niet-gegradueerden wel alcoholproblemen heeft gehad.

Tabel 3 geeft een overzicht van het druggebruik na vertrek. Uit deze

Tabel 2

ALCOHOLGEBRUIK NA ONTSLAG	Totaal		Programma voltooid		Programma niet voltooid	
	(N=23)	(%)	(N=12)	(%)	(N=11)	(%)
Geen	2	(8,7)	2	(16,7)	—	(—,—)
Geïntegreerd gebruik	15	(65,2)	10	(83,3)	5	(45,5)
Problematisch gebruik	2	(8,7)	—	(—,—)	2	(18,2)
Na eerder problematisch gebruik het laatste ½ jaar niet gebruikt	1	(4,3)	—	(—,—)	1	(9,0)
Na eerder problematisch gebruik het laatste ½ jaar geïntegreerd gebruik	3	(13,0)	—	(—,—)	3	(27,3)

Tabel 3

DRUGGEBRUIK NA ONTSLAG	Totaal		Programma voltooid		Programma niet voltooid	
	(N=23)	(%)	(N=12)	(%)	(N=11)	(%)
CANNABIS						
Niet gebruikt	13	(56,5)	8	(66,7)	5	(45,5)
Wel gebruikt, maar niet het laatste ½ jaar	2	(8,7)	—	(—,—)	2	(18,1)
Wel gebruikt, ook het laatste ½ jaar	8	(34,8)	4	(33,3)	4	(36,4)
ANDERE ILLEGALE DRUGS						
Niet gebruikt	15	(65,2)	12	(100,0)	4	(36,4)
Wel gebruikt, maar niet het laatste ½ jaar	4	(17,4)	—	(—,—)	3	(18,2)
Wel gebruikt, ook het laatste ½ jaar	4	(17,4)	—	(—,—)	4	(36,4)
TRANQUILLIZERS/SLAAPPILLEN						
Niet gebruikt	19	(82,6)	12	(100,0)	7	(63,6)
Wel gebruikt, maar niet het laatste ½ jaar	2	(8,7)	—	(—,—)	2	(18,2)
Wel gebruikt, ook het laatste ½ jaar	2	(8,7)	—	(—,—)	2	(18,2)

tabel blijkt dat een derde van de gegradueerden en meer dan de helft van de niet-gegradueerden na hun vertrek cannabis hebben gebruikt. Hierbij kan worden opgemerkt dat hier zelden sprake was van een dagelijks gebruik. In het algemeen kan gesproken worden van incidenteel, min of meer recreatief gebruik. De gegradueerden hebben na vertrek geen enkel illegaal middel (heroïne of enig ander opiaat, cocaïne, amfetaminen, LSD, etc.) gebruikt. In de groep niet-gegradueerden vertoonden 4 mensen een afhankelijk gebruik van deze middelen; 3 hadden tijdelijk harddrugs gebruikt maar waren ermee gestopt op het moment van de follow-up-interviews terwijl 4 mensen uit deze groep na vertrek geen enkel illegaal middel hadden gebruikt. Van de gegradueerden heeft niemand na vertrek tranquillizers of andere psychotrope medicijnen gebruikt, terwijl de meerderheid van de groep niet-gegradueerden dit wel deed of gedaan had.

Tabel 4

GEWERKT NA ONTSLAG	Totaal		Programma		Programma niet	
	[N=23](%)		voltooid		voltooid	
			[N=12](%)		[N=11](%)	
Niet	5	(21,7)	-	(-,-)	5	(45,5)
Minder dan 3 maanden	1	(4,3)	-	(-,-)	1	(9,1)
3-12 maanden	4	(17,4)	-	(-,-)	4	(36,4)
Langer dan 12 maanden	13	(56,5)	12	(100,0)	1	(9,1)

In tabel 4 is een overzicht gegeven van de perioden waarin aaneensluitend is gewerkt. Uit deze tabel blijkt dat alle gegradueerden in staat zijn geweest om gedurende tenminste 12 maanden onafgebroken te werken, terwijl uit de groep niet-gegradueerden slechts één persoon hiertoe in staat is geweest. Hierbij kan worden aangetekend dat in de tijd dat zij het programma verlieten werk gemakkelijker te vinden was dan thans het geval is.

Tabel 5

CONTACTEN MET JUSTITIE/ BEHANDELINSTELLINGEN NA ONTSLAG	Totaal		Programma		Programma niet	
	[N=23](%)		voltooid		voltooid	
			[N=12](%)		[N=11](%)	
Contacten met de politie i.v.m. druggebruik	3	(13,1)	-	(-,-)	3	(27,2)
Vrijheidsstraf	-	(-,-)	-	(-,-)	-	(-,-)
Behandeld voor verslaving en/of psychiatrische problematiek	5	(21,7)	-	(-,-)	5	(45,6)

In tabel 5 is een overzicht gegeven van contacten met justitie en behandelaars in verband met verslaving en/of psychiatrische problematiek ná vertrek. Uit deze tabel blijkt dat niemand van de gegradueerden na vertrek contact had gehad met de politie in verband met druggebruik. Evenmin zijn zij om enige andere reden in de gevangenis terechtgekomen. Drie van de niet-gegradueerden hebben contact gehad met de politie in verband met druggebruik. Ook in deze groep is niemand in verband met druggebruik of om een andere reden in de gevangenis terechtgekomen. Niemand van de gegradueerden heeft na vertrek een behandeling ondergaan in verband met verslavingen/of psychiatrische problematiek. Bij de groep niet-gegradueerden was dit bij 5 personen wèl het geval.

Tabel 6: Harde succescriteria

- a. geen alcoholproblemen
- b. geen ander druggebruik dan cannabisgebruik
- c. geen gebruik van slaappillen en/of tranquillizers
- d. geen contacten met justitie i.v.m. druggebruik
- e. geen vrijheidsstraf
- f. geen behandeling voor verslaving en/of psychiatrische problematiek
- g. gedurende een jaar of langer onafgebroken gewerkt

AAN DEZE CRITERIA BEANTWOORDEN	Totaal (N=23)	Programma voltooid (N=12)	Programmaniet voltooid (N=11)
	12	11	1

Tabel 6 geeft een overzicht van de populatie als uitermate harde criteria worden gekozen voor het succes van de behandeling, en wel als er ná ontslag geen sprake is van

- a. alcoholproblemen
- b. ander druggebruik dan cannabisgebruik
- c. gebruik van slaapmiddelen en/of tranquillizers
- d. contacten met justitie wegens druggebruik
- e. een vrijheidsstraf
- f. een behandeling voor verslavingsproblemen en/of psychiatrische problematiek.

Naast het ontbreken van de onder a. tot en met f. genoemde punten heeft betrokkene gedurende tenminste één jaar onafgebroken gewerkt. Bij hantering van deze criteria blijkt dat 11 van de 12 ex-bewoners die het gehele programma hebben voltooid, tot de categorie behoren die aan al deze criteria voldoet en slechts één ex-bewoner uit de groep die het programma niet heeft voltooid (tabel 6). Wanneer er sprake was van cannabisgebruik, dan betrof dit, op twee uitzonderingen na, incidenteel gebruik.

Hoewel de meeste bewoners die het programma niet voltooid heb-

ben, misschien niet aan deze harde succescriteria voldoen, zijn de meesten van hen wel degelijk aanmerkelijk verbeterd in vergelijking tot de toestand bij opname, hetgeen blijkt uit de diverse tabellen.

Bij het overzicht moet worden bedacht dat de kans om op één dag bewoners aan te treffen die langer in het programma blijven, groter is dan de kans bewoners aan te treffen die slechts kort blijven. In de meeste therapeutische gemeenschappen voor verslaafden vertrekt 1/5 tot 1/3 van de bewoners al binnen twee weken, 1 op 5 bewoners voltooit het totale programma, inclusief het terugkeerprogramma. Wel kan gesteld worden dat in diegenen die korter gebleven zijn, weinig energie is gestoken. Zij werden nagenoeg niet behandeld. Van de energie die in de langblijvers is gestoken, kan op grond van bovenstaande steekproef worden gesteld dat dit een zinvolle investering is geweest.

Toepasbaarheid voor andere categorieën dan verslaafden

De therapeutische gemeenschap voor verslaafden onderscheidt zich van de psychotherapeutische gemeenschappen voor neurotische patiënten door een strakke structuur en een in principe voor iedereen verplicht programma. Er wordt direct ingegaan op acting out-gedrag, dat hierdoor minder extreem wordt. Op grond hiervan is deze vorm van therapeutische gemeenschap behalve voor verslaafden ook geschikt voor patiënten die een sterk acting out-gedrag vertonen, zoals teatraal suicidaal gedrag, patiënten met anorexia nervosa, automutilanten en dergelijken. Het is de moeite waard dit behandelmodel op een breder terrein in de geestelijke gezondheidszorg te beproeven (Jongsmā, 1981).

Besluit

Het diep gewortelde wantrouwen van drugverslaafden in anderen en het daarmee samenhangende manipulerende gedragspatroon maken hen weinig geschikt voor de traditionele vorm van psychotherapie, met name voor individuele psychotherapie.

De therapeutische gemeenschap voor verslaafden biedt een omgeving aan waarin geleidelijk aan het – om tot een positief therapeutisch resultaat te komen – noodzakelijke vertrouwen in anderen en in zichzelf kan groeien. In de therapeutische gemeenschap voor verslaafden leert de bewoner acting out-gedrag te veranderen in rechtstreekse emotionele confrontaties en kritische situaties en conflicten niet meer uit de weg te gaan.

Uit follow-up-onderzoek blijkt dat ex-cliënten na hun vertrek uit de therapeutische gemeenschap in staat zijn ook buiten de veiligheid van de therapeutische gemeenschap goed te functioneren zonder terug te vallen in het oude verslavingsgedrag.

Literatuur

- Bassin, A., T.E. Bratter, R.L. Ranchin (1976), *The reality therapy reader*. Harper & Row Publ., New York.
- Casriel, D. (1966), *So fair a house: the story of Synanon*, Prentice Hall, New York.
- Casriel, D. (1972), *A scream away from happiness*. Grosset & Dunlop, New York.
- Dijk, W.K. Van (1976), Alcoholisme, een veelzijdig verschijnsel. *Tijdschrift voor Alcohol, Drugs en andere Psychotrope Stoffen* 2, 26-32.
- Hollidge, C. (1980), Psycho-dynamic aspects of the addicted personality and their treatment in the therapeutic community, in: *Readings 'Congresboek 5e Wereldconferentie van therapeutische gemeenschappen'*. Samsom Sijthoff, Alphen aan den Rijn, 61-86.
- Jones, M. (1953), *The therapeutic community: a new treatment method in psychiatry*. Basic Books, New York.
- Jongierius, P.J. (1976), De therapeutische gemeenschap: grenzen en mogelijkheden. *Nieuwsbrief VWPG* 8, 6-8.
- Jongsma, T. (1981), Wat is therapeutisch in een hiërarchisch werkende therapeutische gemeenschap? *Tijdschrift voor Alcohol, Drugs en andere Psychotrope Stoffen* 3, 106-110.
- Kaufman, E., P.N. Kaufmann (1979), *Family therapy of drug and alcohol abuse*. Gardner Press, Inc., New York.
- Kooyman, M. (1975a) From chaos to a structured therapeutic community: treatment program on Emiliehoeve, a farm for young addicts, *Bulletin on narcotics*, Vol. XXVII, 1, 19-26.
- Kooyman, M. (1975b), De Emiliehoeve. Een nieuwe behandelingsmethode roept vragen op. *Tijdschrift voor Alcohol, Drugs en andere Psychotrope Stoffen* 1, 63-65.
- Kooyman, M., T.E. Bratter (1980), De noodzaak van confrontatie en structuur bij de behandeling van drugverslaafden. *Tijdschrift voor Alcohol, Drugs en andere Psychotrope Stoffen* 1, 27-33.
- Kooyman, M. (1981), De ontwikkeling van therapeutische gemeenschappen voor verslaafden. *Tijdschrift voor Alcohol, Drugs en andere Psychotrope Stoffen* 3, 105-106.
- Kooyman, M. (1982a), Bericht over het evaluatieonderzoek behandeling verslaafden in een therapeutische gemeenschap, *P.S. Mededelingenblad voor Psychiatrische Sociologie en Sociale Psychiatrie* 10, 29-36.
- Kooyman, M. (1982b), De professionele hulpverlener in de therapeutische gemeenschap voor verslaafden. *Tijdschrift voor Alcohol, Drugs en andere Psychotrope Stoffen* 2, 61-64.
- Kooyman, M., M.C.M. Esseveld (1982), Encountergroepen en andere groepstherapieën bij verslaafden. Voordracht gehouden op 5-11-1982 op het jubileumcongres NVPG, Amersfoort.
- Lakoff, R. (1978), Psychopathology within a therapeutic community: A review of psychiatric consultations from a drug addiction program. *The Addiction Therapist*, Vol. 2, 3 and 4, 48-51.
- Lansen, J. (1977), Ontwikkelingen binnen de Nederlandse therapeutische gemeenschappen 1966-1976. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 19, 339-347.
- Lieberman, M.A., E. Yalom, M.B. Miles (1973), *Encounter groups*. First Facts, New York.

- Linden, P.T.H.M. van der (1979), Verschillende modellen van therapeutische gemeenschappen. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 21, 352-360.
- Maertens, J. (1982), Drugvrije therapeutische gemeenschap. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 24, 426-427.
- Saari, C. (1976), Affective symbolization in the dynamics of character disordered functioning. *Smith College Studies in Social Work*, Vol. XLVI 2, 79-113.
- Stanton, M.D., T.T. Todd, (1982), *The family therapy of drug abuse and addiction*. Guilford Press, London.
- Uchtenhagen, A., D. Zimmer-Höfler (1981), Theoretisches Modell zur Interpretation devianter Karrieren, in: *Papers presented at the 11th International Institute on the Prevention & Treatment of Drug Dependence*. Vienna, Ed. E. Tongue, ICAA Publ. Lausanne.
- Vos, H. (1983), Separational conflicts and their impact on the therapeutic community, voordracht gehouden op de *7e Wereld Conferentie van Therapeutische Gemeenschappen*. Chicago, 10-5-1983.
- Waldorf, D., P. Biernacki, (1981), The natural recovery from opiate addiction: Some preliminary findings. *Journal of Drug Issues*.
- Whishnie, H. (1977), *The impulsive personality: understanding people with destructive character disorders*. Plenum Press, New York.
- Yablonsky, L. (1965), *Synanon, The Tunnel Back*. MacMillan, New York.