

Toelating in een therapeutische gemeenschap

door M. P. Bolten

Inleiding

Reeds bij het eerste woord van deze titel doen zich vele vragen voor: is toelating wel het juiste woord? Enkele alternatieven dringen zich op, zoals 'selectie voor' of 'introductie in', of 'opname in' of zelfs 'coöptatie binnen'.

De bedoeling van deze bijdrage is een schets te geven van de verschillende wijzen waarop sinds 1957 de intake werd gedaan op 'De Viersprong'. Het is geen toeval dat we hier een Engels woord gebruiken. Dat is relatief onbesmet door de gevoelswaarden die verbonden zijn met bovenstaande woordenserie: toelating, selectie, introductie, opname, coöptatie.

'De Viersprong' is een thans 20 jaar bestaand instituut waar behalve een polikliniek met I.M.P.-functie en een Jeugdafdeling (13-19 jaar) een Volwassenenkliniek (20-45 jaar) deel van uitmaakt. De behandeling in die laatste afdeling kan het best omschreven worden als een veranderend aanbod van steeds op elkaar afgestemde vormen van creatieve therapie, bewegingstherapie, psychotherapie (groep en individueel) en sociotherapie. Dit laatste opgevat als systematische beïnvloeding van het totale bestaan van de patiënten in de kliniek. De pretentie is psychotherapie aan te bieden van een confronterende, ontdekkende soort.

Elders (Bierenbroodspot, Bolten, Jongerius, Knobloch, Lansens) is erop gewezen dat een therapeutische gemeenschap (T.G.) een soort mini-maatschappij is waarvan de organisatie en de waarden bepaald dienen te zijn door de behandelingsdoeleinden. Het is echter een gevaarlijke dwaling aan te nemen dat die mini-maatschappij geen boodschap heeft aan 'de grote maatschappij'. D.w.z. dat de gewenste organisatie en waarden niet alleen worden gedictieerd door behandelingsdoeleinden, maar ook door externe factoren. Eric Berne adviseert de psychotherapeut zijn a.s. patiënten vooral

Schrijver is psycholoog en is werkzaam als chef de clinique van de afdeling voor volwassenen van het Psychotherapeutisch Centrum 'De Viersprong' te Halsteren.

degelijk in te lichten omtrent dat externe kader, waarbij m.n. de juridische, financiële en organisatorische verantwoordelijkheden duidelijk dienen te worden. Verwijzing en opname en alles wat daartussen ligt spelen zich af binnen die dialectiek van 'de' maatschappij en dat speciaal geconstrueerde, maar ook autonoom gegroeide maatschappijtje. Hoewel het in het volgende gaat over *klinische* psychotherapie mag men aannemen dat veel ervan ook toepasbaar is op de entree in semi-murale of zelfs ambulante psychotherapie en mogelijk ook ten dele voor andere dan strikt psychotherapeutische internering (Bremer, Lansén). Veel algemene ziekenhuizen nemen b.v. de moeite hun aanstaande klinische patiënten via drukwerk te oriënteren, net als psychiatrische en andere categorale ziekenhuizen.

Bij klinische psychotherapie in 'De Viersprong' werd aanvankelijk (1957) 'blind' opgenomen, misschien zelfs wel dubbelblind – maar dat dan helaas niet uit overwegingen van onderzoekshygiëne. Een patiënt werd aangemeld, schriftelijk of telefonisch, en hij werd opgeroepen voor opname. D.w.z. hij wist niet waar hij aan begon en wij evenmin. Het is duidelijk dat met zo'n procedure die dialectiek geheel vrij spel heeft en er twee soorten problemen kunnen ontstaan:

- opname van personen die niet opgenomen hadden moeten worden;
- niet-opname van personen die wel opgenomen hadden 'moeten' worden.

Hieronder rangschikken we ook het voortijdig vertrek van mensen die misschien veel baat gevonden-zouden-kunnen-hebben bij verdere behandeling. Deze opnamepraktijk is dan ook snel, d.w.z. al in 1961 verlaten en sindsdien zoeken wij naar de ideale intake-procedure. Daarover is slechts weinig bekend; niet veel meer dan dat de steen der wijzen ongeveer op dezelfde plaats aangetroffen kan worden.

De laatste jaren onderzoekt de Viersprongstaf routinematig de aanmeldingscohorten en het verlies bij elke drempel. Hiervan zijn enkele gegevens afgedrukt:

*Lotgevallen van de cohorte aangemelde patiënten over een jaar
(1.12.75 - 1.12.76)*

aantal aangemelde patiënten	291
niet gekomen op uitnodiging	50
patiënt schrijft opname zelf af	13
staf wijst patiënt af, patiënt wil wel	36
accord over opname (= wachttijdplaatsing)	121
oproep voor opname, patiënt komt toch niet	15
opname	102
voortijdig vertrek	42

Zowel op grond van deze a priori-overwegingen als op grond van deze cijfers is het zinvol om te onderzoeken of er procedures te be-

denken en in de praktijk te brengen zijn, superieur aan onze aanvankelijke opnamegebruiken, nl. de hiervoor genoemde dubbelblind methode. (Dat was: iedereen opnemen die wordt aangemeld en op de oproep komt opdagen.)

Daartoe zijn we achtereenvolgens gekomen tot:

- a een opnamegesprek met een staflid-psychotherapeut vis-à-vis, individueel;
- b een groepsgesprek met \pm 8 verwezen patiënten en één, maar meestal 2 psychotherapeuten plus een zeer kort (vijf minuten) individueel gesprekje als de patiënt dit wilde of als de intaker dit nodig achtte;
- c een kennismakingsdag waarop een achttal aangemelde patiënten wordt ontvangen door 2 opgenomen patiënten (niet door de staf maar door de patiëntengroep uitgekozen); vervolgens een groepsgesprek zoals beschreven bij b.

Het opnamegesprek (a)

Deze fase heeft enkele jaren geduurd, en aanvankelijk was het voor enkele verwijzers iets ongewoons. Het feit dat de verwijzer bericht terugkreeg dat de patiënt voor een onderhoud over eventuele opname zal worden opgeroepen werd soms als een kwetsing ervaren. Of als een teken van wantrouwen in 's verwijzers capaciteit inzake indicatiestelling en diagnostiek.

De patiënt vond het opnamegesprek in het algemeen goed, fijn, nuttig. Hij krijgt de gelegenheid om zich uit te spreken tegenover een professioneel luisteraar die tegelijk een vreemde is, hetgeen soms licht cathartische werking heeft. Daarnaast ook is het gesprek bevredigend omdat men aandacht krijgt, wel 1½ of 2 uur in extreme gevallen. Anderen vinden bevrediging in het gebruiken van de situatie om met een nieuwe partner het vertrouwde 'game' op te zetten. Wat dat laatste betreft: o.i. is deze vorm ideaal om in de drama-driehoek (Karpman) terecht te komen: de 'hulpvragende' patiënt als slachtoffer, de interviewer als redder en thuis (ouders, echtgenoot, chef, collega's maar eventueel ook de vorige behandelaar) als vervolger. Naast dit structureel bezwaar van deze intakevorm zijn er ook andere bezwaren die zich op den duur deden gevoelen. De voornaamste daarvan is wel dat we *door deze vorm* als zodanig verkeerde informatie gaven.

Onze aanvankelijke bedoeling was in feite niet meer dan wederzijdse uitwisseling van gegevens. Van de patiënt verwachtten wij gegevens omtrent klachten, ziekte- en behandelingsgeschiedenis en wat informatie over sociale en psychologische achtergronden. Aan de patiënten werd, of ze het wilden of niet informatie verstrekt over de behandeling, het leef- en woonklimaat, de te verwachten frustraties. Later, na opname, bleek vaak hoe al die informatiepogingen onzerzijds faliekant mislukten: het bleek dat iemand zo selectief kan luisteren dat hij meent dat de opname 2 weken zal duren terwijl een maand tevoren uitdrukkelijk gezegd is dat het wel 1½ à 2

jaar kan duren. M.a.w. de beoogde communicatie op inhoudsniveau – waar het toch om begonnen was – stelde niet zoveel voor. Later kwamen we er echter achter dat deze vorm van intake ook op ervaringsniveau een verkeerde boodschap inhield. De intakepsychotherapeut had, zolang als nodig (voor wie?: voor hemzelf, voor de patiënt?) tijd en aandacht, exclusief voor deze patiënt, waar nog niet eens een behandelcontract mee bestond. De intaker hield er vaak een vriendelijke, tegenmoetkomende actieve houding op na. Hij moest immers binnen zo kort mogelijke tijd een redelijk beeld krijgen en was daardoor a.h.w. overgeleverd aan de welwillendheid of coöperatie van de patiënt. En die had er vaak belang bij zich zo ziek, geremd, uitgeput etc. te presenteren als maar doenlijk is: één kant van het bekende hello-goodbye effect (C. Windle). Deze vriendelijkheid, aandacht en tijd trof de patiënt na opname echter niet meer aan op 'De Viersprong'. Dan ervoer hij dat er maximaal 30 minuten per week exclusief contact met de psychotherapeut is en dat het verder delen met elkaar is: de slaapzaal, de groepspsychotherapie, de creatieve- en bewegingstherapie. Tot slot bracht de intaker dan de patiënt in bij de psychotherapeutische staf en er werd besloten tot al of niet opnemen. Het bezwaar van selectie door één persoon is natuurlijk het gevaar van de systematische fout: deze intaker kijkt met zijn ogen, vooroordelen, sympathieën, blinde vlekken. Door zijn eigen presentie induceert hij de reacties van patiënten op zijn houding, zijn stem, zijn rust, zijn blik etc.

We meenden, toen deze zaken geleidelijk onder onze aandacht werden gebracht door gretig beginnende, maar al spoedig agerende, teleurgestelde of weglopende patiënten, over te moeten gaan op een situatie die qua vorm meer representatief was voor de situatie na opname. De gedachtengang onzerzijds was nog steeds: informeer de patiënt accuraat over de behandeling en wat daaraan vastzit. Hij is dan zelf de beste autoriteit en besliskundige; hij zal dan zelf kunnen bepalen of die behandeling is wat hij wil, of hij 't kan opbrengen hier te zijn. Daarbij houden we rekening met de dialectiek tussen de beide 'maatschappijen', want we vragen de patiënt nadrukkelijk niet hier en nu zijn beslissing te nemen, maar straks thuis. We nodigen de patiënt uit, met de opgedane informatie gewapend, van gedachten te wisselen met partner, huidige behandelaar etc. Een direct 'ja' accepteren wij zelfs niet, maar we vragen om een weloverwogen, schriftelijke beslissing plus de overwegingen die tot die beslissing hebben geleid. Deze vorm van kiezen is echter geleidelijk gegroeid door alle intakestadia heen.

Groepsintake (b)

Hoezeer we ons in de redderspositie bevonden wordt duidelijk als we terugzien op onze maatregelen bij de overgang naar de groepsgewijze-intake. In de uitnodiging vermeldden we dat ons dit de beste vorm leek, omdat het na opname ook zo zou toegaan. Maar voor

hen die er bezwaren tegen hadden, wilden we de oude intake wel handhaven, d.w.z. een individueel gesprek met 1 psychotherapeut. Overbodige bezorgdheid, want slechts één of tweemaal heeft iemand daar gebruik van gemaakt. In de nieuwe intakevorm kreeg elk gelegenheid voor een zeer kort (5 min.) gesprekje na de groepszitting.

We deden zeer verschillende ervaringen op. Allereerst natuurlijk de enorme tijdsbesparing welke ook wel mede een aanleiding voor de verandering was geweest. Voor het groepsgesprek werd 1½ uur uitgetrokken. Hoewel de groepszitting door de therapeuten thematisch werd bepaald (gesprek over uw problemen en over de verwachtingen en mogelijkheden daar op 'De Viersprong' oplossingen voor te vinden), werd de groep verder niet gestructureerd. Nadat het thema en de duur waren aangegeven werd het initiatief aan de patiënten gelaten. Ieder die bekend is met de initiële fase van een cliënt-centered groep weet wat er dan gebeurt: op alle mogelijke en onmogelijke manieren tracht men de therapeut uit te nodigen of te dwingen het gesprek te gaan leiden. Dit werd consequent geweigerd zodat de patiënten, boos of teleurgesteld zich in arren moede tot elkaar wendden. Daarmee was dan een redelijke simulatie gegeven van de feitelijke situatie na opname. Deze situatie biedt voor de participerende waarnemer fraaie mogelijkheden om relevante indrukken op te doen over passiviteit, contactname, openheid, lijdensdruk, eerlijkheid, 'games', autonomie, gevoel voor humor en nog veel meer.

Na de zitting vulden de patiënten een vragenlijst in, hetgeen vaak ook al gebruik was, toen er nog individuele intakegesprekken plaatsvonden. Beide therapeuten formuleerden, onafhankelijk van elkaar, schriftelijk hun oordeel in niet meer dan 5 regels over alle deelnemende patiënten en m.n. over indicatie en motivatie.

M.b.t. de indicatie kon ook meestal gebruik gemaakt worden van de verwijzingsgegevens. De ervaring heeft ons geleerd dat de mening van verwijzers over de motivatie meer niet dan wel overeenkomt met onze mening. Ongetwijfeld is die geheimzinnige grootheid (motivatie) veel sterker situatief bepaald (of relationeel), en daarmee veel meer onderworpen aan de invloed van de dialectiek tussen 'de' maatschappij en onze T.G.

In deze fase werd consultatie met het hele psychotherapeutenteam verder achterwege gelaten. De twee intakers beslisten zelf, o.g.v. de verwijzingsgegevens, de brief van de patiënt na de kennismaking en hun eigen ervaringen.

Het korte individuele onderhoud na de groep bleek al snel alleen een formaliteit: er gebeurde niets nieuws, er kwamen geen andere gezichtspunten naar voren. De patiënt herhaalde slechts zijn stellingname uit de groepssituatie. De mogelijkheden waren in principe dezelfde als bij de individuele intake: opname, afwijzing of opname met 'bijzondere voorwaarde'. In de praktijk werd nagenoeg elke patiënt opgenomen die zelf te kennen gaf opname te wensen. Onze voorwaarde om ook de overwegingen mee te delen is eigen-

lijk nooit gehanteerd als criterium voor afwijzing; wel vroegen wij soms patiënten alvorens ze toe te laten, explicieter of nauwkeuriger te zijn. De eigen motivatiebrief werd soms als een aanleiding voor kritische aantekeningen gebruikt. Als een patiënt afschreef was wat ons betreft het dossier gesloten. Pour acquit de conscience werd de verwijzer van de beslissing van de patiënt op de hoogte gesteld. Van patiënten die niet schriftelijk reageerden berichtten wij, na een periode van tenminste 3 maanden wachten, de verwijzer. Deze informeerde ons dan soms over het waarom of over alternatieven waaruit de patiënt gekozen had.

De 'bijzondere voorwaarden' waren er ook wel in de tijd van de individuele intake. Vaak was dat slechts een clause over een proefopname (3 maanden), soms ook over maximale behandelingsduur, soms over medicatie, soms over besteding van de wachtperiode. Bij de groepsintake werden die bijzondere voorwaarden teruggebracht tot clauses over proeftijd (betrekkelijk frequent) en maximum opnameduur. De voorwaarden over medicatie waren overbodig geworden omdat de hele kliniek geleidelijk aan vrij was geworden van medicatie met psychofarmaca en slaapmiddelen. Natuurlijk werd andere, 'gewone' medicatie, op recept van de huisarts, onverlet gelaten. In grensgevallen, bijv. epilepsie, werd tevoren afgesproken dat de bestaande medicatie tot het strikte minimum zou worden teruggebracht bij opname, op geleide van het onderzoek van de consultant neurologie. Het spreken over afschaffing van medicatie bij opname verandert volkomen van karakter in de groepsituatie. Immers in de individuele intake kan men een a.s. patiënt op de hoogte stellen van de kliniekgebruiken, maar als intaker (en mogelijk a.s. psychotherapeut) is men dan toch maar degenen die iets afpakt. En wat krijgt de patiënt ervoor terug? Zeker niet die uitvoerige exclusieve aandacht die er in het intakegesprek is, hoe gedistantieerd of zakelijk men ook tracht te blijven. En onverlet blijft de fictie van de gematerialiseerde band (liefde, zorg, aandacht). In de groepssituatie blijkt opeens dat die temesta of die anafranil helemaal niets speciaals is; erger nog: een medegroepslid waagt het om die medicatie in wezen niet verschillend van zijn eigen alcoholprobleem te achten. Een ander geeft aan dat je toch heel goed wist dat je het daar uiteindelijk niet van moet hebben, ook al heb je ze tot dan toe 'gehoorzaam' ingenomen. Want: wat ben je nu in wezen opgeschoten met die medicijnen? Het idee, het besef dat een medegroepslid met jouw medicatie te maken heeft — een o.i. normale zaak in klinische psychotherapie — is voor elke patiënt een onthutsende 'eye-opener'.

De groepsintake verschilt dus in enkele opzichten essentieel van de individuele intake-gesprekken:

- 1 het voorlichtingskarakter krijgt meer ruimte en vindt plaats primair op ervaringsniveau;
- 2 het aspect van data-winning over de patiënt verschuift:
 - van inhouds- naar betrekkingniveau;
 - de gegevens ontstaan in de — gezien onze behandeling meer

relevante – groepssituatie;

- naast de typische 'dokter-patiënt' situatie wordt er een jij-ik situatie aangeboden waar de patiënt ook mee moet werken.

Er bleven missers optreden. Eén oorzaak was ongetwijfeld te danken aan de omstandigheid dat we, zonder dat goed te beseffen eigenlijk twee populaties patiënten opnamen. Dat zijn dan enerzijds mensen in de stijgende levenslijn met geblokkeerde groei; deze mensen 'vragen' ontdekkende en confronterende psychotherapie waarin fixaties en regressies aangepakt worden, en waar de therapie veelal verloopt volgens het analytisch model van weerstand en (tegen-)overdracht. De kliniek situatie is dan een replica van de kinderlijke gezinssituatie (Blankstein). De andere groep is die van mensen die, zonder het zelf te beseffen misschien, niet komen voor een dergelijke herziening van hun gehele draaiboek. Zij komen veeleer voor deeloplossingen, herwaarderingen, adaptatie aan veranderde omstandigheden of zelfs een 'retraite' om tot een besluit te komen inzake carrière of huwelijk. Toch achten wij dan soms 'De Viersprong' beter dan 6 weken een huisje op Schiermonnikoog i.v.m. toetsing, feedback op nieuwe of andere oplossingen, en het passen van die deeloplossingen in de levensloop. Er is zelfs een categorie die bij ons werd opgenomen om ze goed te laten beseffen dat psychotherapie hen niet helpt. Tenslotte hoorden in deze groep ook mensen die de opname alleen maar behoeven om, aan het begin of later, met een ambulante therapie uit de voeten te kunnen (warming-up, procesversneller). De behandelingsfilosofie en vorm was voornamelijk op die eerste groep afgestemd, zodat mensen uit de tweede categorie weleens, na korte tijd, onverrichterzake vertrokken. Maar naast deze missers o.g.v. de behandeling bleven we op de intake mensen zien die o.i. ten onrechte opname afwezen en mensen die wij, gezien het verloop, ten onrechte opnamen.

Wij werden weer geattendeerd op de dialectiek tussen de maatschappij en onze T.G. door de patiënten zelf, die ons vaak als hun grote bezwaar tegen opname noemden de 'slaapsituatie'. Het leek er weleens op alsof alle bezwaren zich hechtten aan dat punt. De situatie als zodanig is eenvoudig te beschrijven. De 28 vrouwenplaatsen in onze kliniek worden mede bepaald doordat er vier slaapzalen zijn, terwijl de 28 mannen kunnen beschikken over 5 slaapzalen. Dit is een situatie die wij als staf zo hebben gestructureerd; uit het oogpunt van behandeling zouden privé-slaapkamers een achteruitgang zijn. Als reactie op deze frequente bezwaren tegen de slaapsituatie zou men natuurlijk direct kunnen meegaan en aparte slaapkamers laten maken, waar overigens wel ruimte voor zou zijn. Om bovengegeven (behandelingstechnische) redenen meenden wij dit niet te mogen doen. Een andere mogelijkheid is de genoemde bezwaren als weerstand op te vatten en het daarbij te laten. Er is immers nog geen behandelingscontract en zelfs al zou men gaan behandelen dan is het nog onwaarschijnlijk dat die weerstand binnen 1½ uur, bij acht patiënten op kennismakingsbezoek, kan worden opgeheven. Men kan zich dan eventueel tevreden stel-

len met geruststellende redeneringen dat bij zulke patiënten de druk dan veel te gering zal zijn, zodat het na opname toch wel tot wegllopen zal komen: 'Als de Leidensdruck voldoende is, zullen ze deze weerstand wel overwinnen, zo niet dan lopen ze op geleide van deze weerstand weg 'en terecht'.

In de klinieksituatie betekent een onjuiste opname echter heel wat. Het is hier niet zinvol in te gaan op de zgn. 'drop-out' in zijn algemeenheid. Het is in dit verband slechts van belang dat in een klinische situatie welke gebruik maakt van ontdekking en confrontatie allerlei 'modes' in het ageren optreden. Dat kan variëren van suïcide tot ruiten ingooien. Zo kan ook wegllopen een mode worden, d.w.z. een wijze waarop een gehele kliniekbevolking vorm geeft aan onlust, strijd met de stafgroep of 'oplossing' voor wat voor conflict of probleem ook. De groepsdynamische opvattingen inzake wegllopen zijn daarom conform: de wegloper (of dropout) doet dit voor, namens en door de gehele groep. Dropouts die je ziet aankomen moet je eigenlijk in het belang van de totale gemeenschap zien te voorkomen, in de zin dat je niet iemand opneemt als je weet dat het fout zal gaan. Men kan n.l. zo een acting-out lijn induceren.

Deze signalen tesamen brachten ons tot een verdere definitie van de intake-procedure.

De oriëntatiedag (c)

Al op voorhand zij gezegd dat de verdere wijzigingen al evenmin hebben geleid tot *de* ideale procedure, nl. een opnamebeleid zonder dropouts en betreurenswaardige weigeringen. Het was zo langzamerhand wel gaan dagen: de ideale intake bestaat niet. Elke vorm van intake ('opnamebeleid') kan slechts zijn: een antwoord op een 'aanbod' uit de maatschappij enerzijds en een gestalte geven aan onze eigen T.G. anderzijds.

Dit is een wezenlijke verandering in ons denken geweest; een langdurige ontwikkeling heeft ons gevoerd van het oude model (selectie criteria X, Y en Z en beslissing over opname) naar dat van de circulaire causaliteit. In de tijd dat deze wijzigingen, waarover hierna meer, hun beslag kregen, was in de verwijzingen duidelijk te bespeuren dat het psychotherapie-aanbod in Nederland toenam. Deze ontwikkeling is natuurlijk dezelfde als die welke men registreert (via leden-aanwas) bij de psychotherapieverenigingen in Nederland, aan de oprichting van nieuwe verenigingen en van nieuwe I.M.P.'s en aan de toenemende psychotherapeutische werkzaamheid van L.G.V.-bureaus, M.O.B.'s, S.P.D.'s.

Ook dat heeft ertoe geleid dat onze intake steeds meer typische elementen is gaan bevatten van de T.G. De nieuwe toevoeging dicteerde zichzelf a.h.w.: de hele kliniek gaan betrekken bij de intake. Concreet houdt dat in dat aangemelde patiënten (verwijzing of eigen aanmelding) uitgenodigd worden voor een oriëntatiedag, welke verzorgd wordt door opgenomen patiënten. Om 10.00 uur wordt

Toelating in een therapeutische gemeenschap

een groep van \pm 8 'sollicitanten' na inschrijving opgehaald door 2 patiënten. Er volgt kennismaking, programmabespreking, koffie. Van 11.00-12.00 uur volgt gezamenlijke creatieve therapie (voor bijzonderheden zie Visser), vervolgens lunch, rondleiding terrein, gebouwen (slaapzalen!) en een onderzoek in gespreksvorm naar problemen, motivatie, behandeling. Dit wordt afgesloten met een advies of prognose van de patiënten inzake de aspirant patiënten. Dat advies behelst een uitspraak over de zin van opname; het komt tot stand in de dagen na de oriëntatiedag, in gesprekken van de twee bij de intake betrokken patiënten onderling. Op verzoek van de staf wordt niet alleen het eindadvies vermeld, maar ook de overwegingen die ertoe hebben geleid. Hieronder volgt de tekst van een dergelijk verslag ter illustratie.

A.A., 22 jaar, woonplaats B.

Leerling verpleegkundige. Ze is pas gestopt met het gebruik van slaapmiddelen. Ze stal pillen in het ziekenhuis. Ze heeft een zelfmoordpoging gedaan. Sinds vier jaar heeft ze gesprekken met haar huisarts dr. X. In april j.l. is ze ook op de intake geweest. Ze zegt het toen verknoeid te hebben door niets te willen zeggen.

Problematiek: Ze is aan diverse opleidingen begonnen die mislukten. Om onafhankelijk te zijn is ze de verpleging in gegaan. Ze is vaak alleen, ligt dan op bed en drinkt veel om de dag door te komen. In een groep sluit ze zichzelf snel af. Ze heeft een vaste vriend. De contacten met haar moeder zijn schaars.

Motivatie: 'als dat niet lukt, lukt er niks; ik wil er voor knokken; het moet, ik heb geen keus'.

Onze indruk: we vonden haar erg geladen, schuchter, en wanhopig. Als ze komt, komt ze met de moed der wanhoop. We vragen ons af of ze voldoende doorzettingsvermogen heeft om het hier aan te kunnen.

Conclusie: Twijfelachtig.

B.B., 21 jaar, woonplaats C.

Leerling verpleegkundige in D. Hij woont alleen op kamers en heeft geen relatie. Hij gebruikt af en toe soft-drugs, maar is daar niet verslaafd aan. Hij drinkt elke dag tot hij aangeschoten is. Hij is opgenomen geweest voor een week op de Jeugd-Psychiatrische Afd. van het Algemeen Ziekenhuis van E. Dr. F., met wie hij enkele gesprekken heeft gehad, heeft hem verwezen.

Problematiek: Hij zegt niet spontaan te zijn en geen contact met anderen te kunnen maken. Hij vindt dat hij allerlei rollen aanneemt, kunstmatig, onzeker en verward is.

Motivatie: Hij wil er achter komen wie hij is en wat hij wil, kortom zijn identiteit terugvinden.

Onze indruk: Hij kwam eerlijk en open over en zei kort en duidelijk wat er aan de hand was. Hij was ook goed geïnformeerd.

Conclusie: Positief.

C.C., 38 jaar, woonplaats G.

De relatie met haar man en kinderen zijn slecht. Tot voor een maand gebruikte ze Seresta Forte en een slaaptablet Unionox. Omdat alles haar te veel is drinkt ze veel. Ze is opgenomen geweest in het Ziekenhuis te H. voor een alcoholontwenningkuur. Van daaruit heeft Dr. J. haar verwezen. Het

contact met de groep waarmee ze toen opgenomen was heeft haar goed gedaan. Ze is overdreven religieus en vindt dat ze met God in het reine moet komen over het slechte leven dat ze geleid heeft. Ze wil niet meer op iedereen katten. Ze gelooft niet dat wij haar kunnen helpen.

Onze indruk: Nauwelijks gemotiveerd, uiterst zielig, vraagt te pas en te onpas aandacht over onbenulligheden, luistert erg slecht enz.

Conclusie: Negatief.

D.D., 38 jaar, woonplaats K.

Hij is gehuwd en heeft kinderen van 10 tot 16 jaar. Werkt als tekenaar/konstrakteur, maar wil daarmee stoppen. Hij gebruikt normaal alcohol. In december 1976 heeft hij 4 dagen bioenergetica gedaan. Samen met zijn vrouw heeft hij enkele gesprekken gehad met een psychiater, wat op initiatief van de psychiater gestopt is. Hij heeft zelf initiatief genomen om naar de intake te komen.

Problematick: D.D. kan geen agressie uiten, hij vindt dat er over hem heen wordt gelopen. Hij vindt zichzelf te lief. Hij is triest en heeft weinig plezier in het leven.

Motivatie: Hij verwacht veel van het aan zichzelf werken in een groep. Hij zegt veel uitdaging nodig te hebben.

Onze indruk: Hij praat gemakkelijk, is betrokken bij anderen, joviaal. We vonden hem goed geïnformeerd maar we vragen ons af of hij echt overtuigd is en bereid tot volledige inzet.

Conclusie: Twijfelachtig.

E.E., 24 jaar, woonplaats L.

Verpleegkundige A; studierend B. Sinds 2 weken woont ze bij haar broer, daarvoor woonde ze 3 jaar alleen op kamers. Ze heeft enkele vrienden gehad. Gebruikt weinig alcohol. Vanaf 1974 heeft ze 2 jaar lang individuele gesprekstherapie gehad. Daarna in M. 23 uur rationele gedragstherapie, wat niet hielp; zodat ze het afbrak. Vorig jaar is ze al voor een intake op de V. geweest, en destijds positief beoordeeld. Ze heeft in overleg met mevr. H., psychiater in O., contact opgenomen.

Problematick: sterke faalangst, nerveus, paniekerig, loopt dan weg en gaat zwerven. Ze heeft geen zelfvertrouwen, neemt foute beslissingen, is bang anderen te kwetsen. Is teleurgesteld in zichzelf en bang voor de toekomst.

Motivatie: Ze wil leren zich minder van alles aan te trekken en zo minder snel in de put te raken. Ze zegt aan een intensieve therapie toe te zijn. Ze wil ook leren meer van zich af te bijten.

Onze indruk: E. leek ons een schuchter en af en toe vinnig meisje dat zichzelf moe piekert.

Conclusie: Positief.

F.F., 28 jaar, woonplaats P.

F. heeft sinds anderhalf jaar een relatie en is verloofd. Hij is 3½ maand geleden opgenomen in Q. Hij krijgt daar difantoïne 3 x 100 mg. Luminal 3 x 100 mg. De psychiater daar heeft hem verwezen. F. heeft kinderverlamming gehad en heeft epilepsie. Door het gebruik van medicijnen heeft hij daar geen last van. Hij voelt zich niet geaccepteerd in de maatschappij omdat hij die ziekte heeft gehad. Hij heeft diploma's van kok, maar kan nergens terecht. Hij vindt van zichzelf dat hij moeilijk met mensen om kan gaan.

Hij voelt zich gauw bedreigd en schiet in de verdediging door ad-rem zijn en terugpakken. Hij wil van de bewapening af, minder agressief worden. Hij wil aan zichzelf werken en weer terug in de maatschappij komen.

Toelating in een therapeutische gemeenschap

Onze indruk: Doordat zijn verloofde op de dag van de intake geopereerd werd, was hij er niet helemaal met zijn gedachten bij. Wij vonden hem zwijgzaam en teruggetrokken; matig geïnteresseerd. We zijn niet helemaal overtuigd van zijn motivatie; ook zijn medicijngebruik geeft te denken.

Conclusie: Twijfelachtig.

G.G., 21 jaar, woonplaats R.

Ze is 3 jaar geleden opgehouden met haar werk als zwakzinnigenverzorgster. Sindsdien heeft ze hier en daar gewerkt als vrijwilligster. Ze woont alleen op een flat. Ze gebruikt Androkuur (hormoonpreparaat) en Linoral. Een jaar geleden heeft ze gedurende een jaar gesprekken gehad met een m.w. Ze schoot daar weinig mee op. Ze is ook eens voor 2 dagen opgenomen geweest in een psychiatrisch ziekenhuis. Ze is op eigen initiatief hierheen gekomen.

Problematick: G. voelt zich minder en dommer als anderen. Ze weet niet hoe ze met andere mensen om moet gaan en probeert een houding op te houden. Ze is gespannen en weet soms niet meer wie ze zelf is.

Motivatie: Met mensen om leren gaan, leren om naar voren te durven komen.

Onze indruk: Ze maakte een open en belangstellende indruk. Ze kon haar problemen goed vertellen.

Conclusie: Positief.

H.H., 29 jaar, woonplaats S.

Leraar m.b.o. inrichtingswerk. Hij heeft een moeizame relatie met de vrouw waar hij nu mee samenwoont. Daarvóór is hij gescheiden en had uit dat huwelijk 2 kinderen. Hij gebruikt meer alcohol dan nodig is (als prikkel). Hij is verwezen door dr. T. uit U., met wie hij wekelijks gesprekken had gedurende een half jaar.

Problematick: Telkens afbrokkelende relaties. Kan de verantwoordelijkheid van het bij elkaar zijn niet aan. Kan zijn agressie niet hanteren, wat een blokade oplevert in samenwerking met anderen. Hij vindt zichzelf chaotisch en in toenemende mate passief, en kropt alles op.

Motivatie: Hij wil loskomen van zowel zijn superioriteitsgevoelens als van zijn minderwaardigheidsgevoelens.

Onze indruk: H. kan verbaal goed uit de voeten, hij is observerend en analytisch en vooral vervelend kritisch. Hij kijkt wantrouwend rond. Wij denken dat het een harde leerschool voor hem zal zijn.

Conclusie: Positief.

J.J., 35 jaar, woonplaats V.

Directiesecretaresse. Ze heeft altijd bij haar moeder gewoond, maar sinds 3 jaar woont ze alleen. Door een mislukte relatie is ze 3 jaar geleden gaan drinken. Ze deed dat om spanning te onderdrukken. Ze is in oktober 1976 bij het Bureau voor Alcohol en Drugs terechtgekomen. Men heeft haar daar verteld dat het iets innerlijks is. Door die spanning kan ze ook haar functie niet uitvoeren. Het bureau heeft haar naar de Viersprong verwezen.

Motivatie: Ze wil rustiger en luchtiger worden; zich niet van alles wat aantrekken. Ze wil ook wel eens problemen van anderen horen, dat lijkt haar fijn en interessant. Ze wil ook kritiek krijgen.

Onze indruk: Ze heeft weinig inzicht in haar problemen, ze praatte vlot maar met weinig diepgang en deed nogal amicaal. We denken toch dat ze veel op de Viersprong zou kunnen leren. We stellen voor haar verblijf na 3 maanden extra te toetsen.

Conclusie: Positief, met een proeftijd.

Wat is er eigenlijk logischer en simpeler, meer vanzelfsprekend dan dit? In collegiale uitwisselingen en op excursies beweren wij al langer dat in een T.G. als de onze de patiënten elkaars therapeuten zijn. Maar het moest wel zo'n vijftien jaar duren voordat we daar in ons intakebeleid de consequentie uit trokken. De oriëntatiedag wordt tenslotte beëindigd met het groepsgesprek met twee stafleden (psychotherapeuten). Dat gesprek wordt niet meer gevolgd door het korte individuele onderhoud; de reden daarvan is al gegeven in wat daar eerder over is gezegd. De verdere procedure blijft dezelfde: na het bezoek wordt van de patiënt een brief verwacht waarin hij ons meedeelt of hij opname wenst, en zo ja waarom. De vier meningen (verwijzer, patiënten, aspirant-patiënt en intake-psychotherapeuten) worden naast elkaar gelegd. Verder overleg volgt als de 'sollicitant' wel opname wil maar staf en patiënten niet. Veelal wordt zo iemand van de negatieve meningen op de hoogte gesteld en uitgenodigd voor een tweede bezoek. Als het inderdaad erg duidelijk is dat er geen indicatie is, trachten we de patiënt alternatieven te noemen.

Als de patiënten nee zeggen tegen een 'sollicitant' is het een nauwelijks realistisch te noemen handelwijze om de patiënt daar tegen in toch maar op te nemen. Natuurlijk moet er – intern – voor gewaakt worden dat de toelating van nieuwe patiënten geen ageerobject wordt in de patiënten - staf interactie in de kliniek. Vandaar dat bij verschillen tussen de meningen van staf en patiënten altijd overleg volgt om te zien of er toch een modus gevonden kan worden. Vaak loopt dat uit in proefopname van beperkte duur.

Het overleg staf-patiënten over verschillen heeft alleen betrekking op die kandidaten waarvan de patiënten opname aanbevelen en de staf geen opname wenst of omgekeerd.

Het is niet – of juist wel – aangenaam om te merken dat de prognostische bekwaamheden van de staf nauwelijks beter zijn dan die van de patiënten. Dit wordt gedemonstreerd in het volgende staatsje, waarin een vorm van niet-regulier beëindigde behandeling (opname < 3 maanden = dropout in onze setting) is afgezet tegen de prognose van patiënten enerzijds en staf anderzijds, over 1976 en 1975 (tussen haakjes vermeld).

Oordeel bij intake over patiënten met een opnameduur < 3 mnd.

	+	±	-	?	totaal
stafoordeel over indicatie	24 (20)	17 (6)	- (1)	1 (4)	42 (31)
stafoordeel over motivatie	19 (4)	13 (14)	2 (2)	8 (11)	42 (31)
oordeel patiënten	28 (20)	9 (2)	5 (2)	- (7)	42 (31)

Vanzelfsprekend levert dit cijfermateriaal geen bewijs: het maakt alleen maar plausibel dat de patiënten in deze periode ('75 en '76) praktisch evengoed de toekomstige weglopers herkennen als de stafleden. En dat zijn dan ervaren psychotherapeuten!

Toelating in een therapeutische gemeenschap

Interessant zijn evenzeer de meningsverschillen in de oordelen. Over de totale groep aspirant-patiënten in 1976 en 1975, die gevolgd gaven aan de uitnodiging voor de oriëntatiedag zijn de volgende cijfers beschikbaar:

Oordelen bij intake over de totale groep 'aspirant-patiënten' in 1976 en 1975 (tussen haakjes)

	+	±	-	?	totaal*
stafoordeel indicatie	109 (57)	71 (21)	30 (3)	15 (7)	225 (88)
stafoordeel motivatie	64 (25)	54 (33)	45 (8)	62 (22)	225 (88)
opname oordeel patiënten	131 (61)	21 (5)	40 (6)	31 (16)	223 (88)

* Genoemde totalen kloppen niet geheel i.v.m. onvolledige dossiers.

D.w.z. dat (1) zowel staf als patiënten in totaal veel meer negatieve oordelen geven in 1976 dan in 1975, nl. 115 tegen 17; en dat is een ratio die fors verschilt van die van de totalen (225 tegen 88); (2) het patiëntoordeel meer lijkt op het stafoordeel over indicatie dan op het stafoordeel over motivatie; (3) het patiëntoordeel voldoende afwijkt van beide stafoordelen om het niet als een replica te beschouwen.

In bovenstaande tabel komt niet tot uitdrukking dat diametrale verschillen eigenlijk maar zelden voorkomen. In bovenstaande tabel zijn alle verschillen a.h.w. even zwaar geteld, hetgeen natuurlijk onjuist is. Om een indruk te geven vermelden wij de totalen (en 11) van radicale tegenstelling in oordelen, met de reactie van de patiënt zelf, over een periode van 7 maanden in 1976; in die tijd vonden 151 beoordelingen plaats.

stafoordeel indicatie	pat. oordeel opname	resultaat
1 +	-	geen reactie patiënt zelf
2 +	-	geen reactie patiënt zelf
3 +	-	ontslag op sociother. gronden
4 +	-	behandeling
5 -	+	door staf afgewezen
6 +	-	geen reactie patiënt zelf
7 +	-	geen reactie patiënt zelf

stafoordeel motivatie	pat. oordeel opname	resultaat
1 -	+	afgewezen door staf
2 +	-	opname
3 +	-	ontslag op sociother. gronden
4 -	+	geen reactie patiënt zelf
5 -	+	herhaling intake
6 -	+	afgewezen door staf
7 +	-	proefopname
8 -	+	herhaling intake
9 -	+	geen reactie patiënt zelf
10 -	+	geen reactie patiënt zelf
11 -	+	geen reactie patiënt zelf

M.a.w.: fundamentele verschillen zijn er slechts in 4 resp. 7 % van de beoordelingen. De patiënten-intakers voorspellen even goed als de staf welke aspirant patiënten na de oriëntatiedag niets meer van zich laten horen.

Dergelijke kandidaten blijken nogal eens mensen te zijn die zich bij de oriëntatie erg afzetten tegen 'De Viersprong'. Dan riskeert men vooral een afwijzing door de patiënten. Vestigt men een erg slappe of onbetrouwbare indruk dan worden de kansen hoog dat het staf-oordeel negatief wordt. Er is één categorie waar duidelijke convergentie in afwijzende zin te constateren valt. Dat is bij weerloze of qua integratie wankele mensen. Het oordeel wordt dan zoiets als: 'we betwijfelen of U het hier aankunt'.

Ongemerkt betreden we zo het gebied van de mythe-vorming. Het is zeker waar dat voor allerlei soorten psychotherapie een minimum aan stheniciteit onmisbaar is. In ons verlangen dat de patiënt mee te delen gaan we dan chargeren, vinden vervolgens dat we ons 'uithangbord' waar moeten maken en gaan zo weer – onbedoeld – selecteren. In de dialectiek kliniek - maatschappij gaat zich een soort persona-identiteit ontwikkelen waar later staf en (aspirant) patiënten zelf het slachtoffer van zijn. Die faam (een 'harde' kliniek) brengt sommige patiënten bij ons. Dat wordt dan geverbaliiseerd met vragen om een stevige aanpak. Ook irreële verwachtingen t.a.v. de behandeling vloeien er uit voort. Erger is dat dit soort 'identiteit' fixerend werkt. De bij de intake betrokken patiënten gaan er zich ook naar gedragen – en dat terwijl één van onze overwegingen juist is dat in m.n. klinische psychotherapie ook erg veel ruimte is voor plezier, vriendschap, solidariteit, warmte en zorg.

Een van de grote verschillen tussen poliklinische en klinische psychotherapie is o.i. gelegen in de veel uitgebreider 'protectie', om een kernbegrip uit de transactionele analyse te lenen. Mede deze overweging heeft geleid tot de programmering van een weer andere vorm van 'intake', welke nog slechts in een blauwdruk-stadium verkeert. M.a.w. sinds 1976 verkeren we weer eens in een situatie dat er een verandering moet komen. De vorige vorm is a.h.w. versleten. Externe en interne factoren denatureren de procedure en wij – het beleidsbepalend team – zijn weer aan zet. De gedachten gaan uit naar een nieuwe vorm waarbij iedereen die wordt aangemeld in eerste instantie wordt opgenomen m.u.v. evidente misverwijzing (manifeste psychosen, oligofrenie, buiten onze leeftijdscategorie vallende mensen). Na een korte periode wordt dan deze hele groep (± 8 mensen) weer naar huis gezonden. In die periode (1 à 2 weken) is men geheel bezig met voorbereiding op klinische psychotherapie: formulering van verlangens, wensen en doelen, opstellen van een basis-contract, gedegen gedachtenwisseling over nadelen van opname en bereidheid tot offers, ervaring van het thuis-weg-zijn, realiteitsconfrontatie t.a.v. deze kliniek.

Het is momenteel niet mogelijk die toekomstige intake procedure verder in detail te beschrijven. Wat er wel weer uit spreekt is dat m.n. ook in die nog imaginaire procedure, alweer het model these –

antithese – synthese = these ad inf. zichtbaar wordt.

Samenvattend: de toelatingsrituelen in een therapeutische gemeenschap worden beschreven in termen van het krachtenspel kliniek - maatschappij. Een ideale intake procedure bestaat niet. Elke vorm wordt aangetast, vanuit de kliniek en/of de maatschappij waarna weer een nieuwe zet gedaan moet worden door de betrokken kliniekstaf. Men heeft de keuze tussen gefixeerde, stereotyp wordende procedures of hetzelfde soms vermoeiende soort inventiviteit dat ook in de psychotherapie in engere zin vaak goede diensten bewijst.

Literatuur

- Berne, E., (1975), *Wat er allemaal speelt*, B. Bakker, Den Haag.
- Bierenbroodspot, P., (1969), *De therapeutische gemeenschap en het traditionele psychiatrische ziekenhuis*, Boom, Meppel.
- Blankstein, J. H. (1971), *Herhaling van gezinsrelatie-patronen in een behandelingstehuis*, Bronder-Offset, Rotterdam.
- Bolten, M. P., (1975), Mening van patiënten en stafleden over therapeutische factoren in een T.G., *Nieuwsletter VWPG*.
- Bremer, J. J. C. B. (1972), *De ziekenhuispatiënt*, 2e druk. Dekker en v. d. Vegt, Nijmegen.
- Jongorius, P. J. (1976), De therapeutische gemeenschap: grenzen en mogelijkheden, *Nieuwsbrief V.W.P.G.*, nr. 8.
- Karpman, S., (1968), Fairly tales and script drama analysis, *Transact. An Bulletin*, 7 (26), p. 39-43.
- Knobloch, F. en J., (1977), Recent advances in residential and daycare treatment of neurotic patients: concept of integrated psychotherapy. In *New dimensions in psychiatry*, Ed.: S. Arieti & G. Chzraniwski. Vol. 2, Wiley, N. York.
- Lansen, J., (1977), Ontwikkelingen binnen de Nederlandse therapeutische gemeenschappen, *Tijdschr. v. Psychiatrie*, 19, 339-347).
- Lansen, J., (1977), Consultation – liaison psychiatrie, *Tijdschr. v. Psychiatrie*, 19, 5-13.
- Visser, C., (1973), Het proces van het beeldend bezig zijn, *Documentatiebladen*, 1.
- Windle, C., (1954), Test - retest effects on personality questionnaires. Educ. Psychol. Meas mt. Geciteerd bij M. M. Lange: *Een poging tot evaluatie van de behandeling in het PTC 'De Viersprong'*. Doctoraalscriptie.