

# Een therapeutische gemeenschap in een psychiatrisch ziekenhuis

*door W. P. van den Hout*

## **Inleiding**

In februari 1979 stond in het Tijdschrift voor Psychiatrie een artikel van collega A. A. Fischer met als titel: 'Over 'multiconditionaliteit' in de psychiatrie'. In dit artikel wordt de multiconditionaliteit uitgewerkt aan de hand van de therapeutische gemeenschap en de introductie daarvan in een psychiatrisch ziekenhuis.

In genoemde publikatie gaat Fischer uit van het begrip multiconditionaliteit: meerdere voorwaardelijke omstandigheden, die in verschillende combinaties, te zamen, niet alleen kwalitatief, maar ook kwantitatief, in verschillende maten het ontstaan van (ziekelijke) stoornissen kunnen bewerkstelligen.

Gebruikt in therapeutische zin betekent dit in de behandeling van afwijkend gedrag: meerdere wijzen van hulpverlening, in verschillende combinaties, te zamen, niet alleen kwalitatief, maar ook kwantitatief, in verschillende mate van invloed zijn op herstel. Afwijkend gedrag kan vervolgens ook weer vanuit de multiconditionaliteit, maar dan methodisch gezien, heel verschillend worden geïnterpreteerd. Een psychose bij voorbeeld kan gezien worden als een enzymstofwisseling, als een (falend) afweermechanisme, als een falende aanpassing aan het milieu of als een falend functioneren in tussenmenselijke relaties. Verondersteld wordt nu, dat de verstoring van tussenmenselijke relaties niet alleen in de actualiteit speelt. Ze hebben reeds gedurende lange tijd plaatsgevonden in de ontwikkeling van het betreffende milieu en het individu. De verstoorde tussenmenselijke relaties hebben geleid tot bewuste, maar ook (en dat is belangrijker) tot onbewuste, verdrongen conflicten en afwijkend gedrag. Het manifeste gedrag is te beschouwen als uiting van verstoorde tussenmenselijke relaties en falende pogingen tot herstel van evenwicht. Deze verstoorde tussenmenselijke relaties met de daaruit volgende intrapsychische conflicten en de daarmee samenhangende gedragspatronen worden zo niet gezien als ziekte, maar als een dynamisch concept. Wat gewoonlijk als psychose wordt geïdentificeerd in het nosologisch denken, wordt

nu opgevat als afwijkend gedrag in relatie tot een intrapsychisch conflict. Tot zover Fischer in zijn artikel, waarin hij verder bovenstaande uitwerkt in theoretische, strategische en praktische condities voor het ontwerpen en integreren van een therapeutische gemeenschap als behandelingsvorm in een psychiatrisch ziekenhuis. In ons klinische behandelingspakket in Welterhof zijn ook een aantal behandelafdelingen, die werken met het principe van de therapeutische gemeenschap. De introductie en integratie van dergelijke afdelingen in het totaal van het psychiatrisch ziekenhuis is daarom een aspect van Fischers artikel wat ons sterk boeit. Het tweede wat ons trof was, dat daarin als dynamisch concept voor de therapeutische gemeenschap de verstoorde tussenmenselijke relatie als uitgangspunt wordt uitgewerkt. Wat gewoonlijk dus als bij voorbeeld psychose werd geïdentificeerd in het (oude) nosologische denken, wordt nu opgevat als afwijkend gedrag in relatie tot een intrapsychisch conflict. In het artikel van Fischer blijft de nosologie/psychopathologie echter buiten beschouwing, terwijl er juist van zijn hand ook een dissertatie bestaat over nosologie. Hij gaat dus uit van één keuze uit meerdere concepten over afwijkend gedrag vanuit multiconditioneel standpunt gezien, terwijl in onze situatie juist de integratie van de pathologie in meerdere concepten voor ons een praktische noodzaak is gebleken. Uitgaande namelijk van de praktijk van alledag is er bij ons sprake van een fors aanbod van mensen bij wie in het 'ziektebeeld' psychopathologie en somatische pathologie een grote rol speelt. Ik gebruik hier ook bewust het woord 'ziektebeeld'. Niet om deze mensen ziek te verklaren en in het medische model te duwen, maar wel om aan te geven dat er voor deze mensen bij wie psychopathologie een rol speelt op dat moment van hun leven in bepaalde (meestal acute en kortere) periodes een hulpverleningsplicht bestaat bij betrokken hulpverleners. (Zoals die ook geldt bij verkeersongelukken, hartinfarcten, longontstekingen ed.). Ook in de psychiatrie kan tijdelijk overnemen van een stuk verantwoordelijkheid en zorg een noodzaak zijn om verder te komen. Het niet erkennen van deze feitelijkheid kan leiden tot vrijblijvenheid of erger nog tot kwalitatief onvoldoende zorg voor mensen in ernstige moeilijkheden.

Hier ligt dan ook voor onze werksetting een kardinale moeilijkheid: het omgaan met deze psychopathologie en somatische pathologie op afdelingen waarin wordt gewerkt met de therapeutische gemeenschap als behandelinstrument. De kunst is nu om ook deze pathologie om te zetten in een voor onze situatie dynamisch concept.

Deze beide dynamische concepten van afwijkend gedrag ('dynamische' psychopathologie en de verstoorde tussenmenselijke relatie) zijn een noodzaak. Maar daar ligt tevens een van de hoofdproblemen waarop wij gestoten zijn. Bij een poging tot introduceren van een therapeutische gemeenschap in een psychiatrisch ziekenhuis als het onze treft men n.l. een populatie aan met veel psychopathologie en ogenschijnlijk een vaak lage behandelingsmotivatie. De draad van Fischer oppakkend: zijn dynamisch concept gaat uit van

de tussenmenselijke relatie en de verstoring daarvan. Deze werkhypothese heeft echter alleen zin wanneer men ook oog heeft voor de reeds aangerichte schade. Om een voorbeeld te noemen: dit dynamisch concept van Fischer toepassen op een depressieve patiënt, die inmiddels een diep vitaal depressief syndroom vertoont, heeft geen zin in eerste aanpak, wel later. Dat geldt evenzo voor crisisgedrag, sterke somatisering, bloeiend psychotisch gedrag enz. M.a.w., in een werksetting als de onze kan alleen gewerkt worden als het afwijkend gedrag naar twee kanten wordt uitgelegd:

- 1) als verstoring van een tussenmenselijke relatie;
- 2) als uiting van psychopathologie in de klassieke zin des woords, welke dan eveneens vertaald dient te worden in een dynamisch concept.

Uitgaande van deze twee dynamische concepten stuiten wij in onze werksituatie op een drietal probleemvelden welke Fischer niet noemt in zijn artikel maar die niettemin wezenlijk zijn bij de introductie van een therapeutische gemeenschap in ons psychiatrisch ziekenhuis. Deze probleemvelden zijn als volgt te omschrijven:

- de psychopathologie;
- de voortdurende dualiteit in het werkveld;
- de multifunctionaliteit van de afdeling.

### **Psychopathologie**

Wat gewoonlijk dus als bij voorbeeld psychose werd geïdentificeerd in het (oude) nosologisch denken wordt nu opgevat als afwijkend gedrag in relatie tot een intrapsychisch conflict. In deze compacte zin ligt het kernprobleem van het verhaal verscholen: de nosologie, althans voor psychiaters van mijn generatie. Enerzijds ben ik groot gebracht met de psychiatrie van mensen als Kraus, Carp, Rümke e.a. Zij gaven briljante beschrijvingen en observaties welke het mogelijk maakten ziektebeelden te herkennen, doch weinig concrete behandelingsaanknopingspunten vanuit de toentertijd heersende stand van zaken. In de zestiger jaren werd hulpverlening bovendien vaak gereduceerd tot het praten aan een tafeltje met een kopje koffie, een doosje tissues en een sigaretje. Praten zou alles goed komen. Bovendien werd er iedere maand een andere psychotherapievorm uitgevonden, die alleszalmakend zou zijn. Nosologie en psychopathologie waren dus grote onzin geworden. Tot slot heeft de opkomst van vele neuroleptica e.d. veel van de pathologie doen 'verdwijnen'. Ik ben echter ook tien jaar huisarts geweest en heb tien jaar geleefd in de praktijk van alledag, met pathologie en psychopathologie, waarop de huidige zorg geen antwoord meer gaf of wilde geven. Ik werd meegetrokken in de onmacht van het verloren gegane ambacht psychiatrie.

Inmiddels voel ik mij ten dele uit de machteloosheid bevrijd door het voor mijzelf herintroduceren van een stuk oude nosologie en de daarbij behorende psychopathologie als klinische evidentie. De kunst is nu echter om deze pathologie om te zetten in een voor onze

tijd dynamisch concept. Hiermee valt of staat m.i. de mogelijkheid de huidige psychiatrie uit zijn machteloosheid te bevrijden en als ambacht te herintroduceren. Als huisarts was behalve onmacht ook verwarring mijn deel. Iedere psychiater of zenuwarts gebruikte zijn eigen begripsomschrijving, afhankelijk van de 'school' die hij aanhing. Deze begripsomschrijvingen zijn vaak totaal niet met elkaar in overeenstemming of op gelijke noemer te brengen. Toen ik het specialisme van de psychiatrie instapte bleek tot mijn stomme verbazing, dat deze verwarring niet zozeer berustte op mijn ondeskundigheid om als huisarts psychiatrie te begrijpen, maar dat deze berustte op een echte verwarring.

Vanwaar deze verwarring? Vaak wordt deze toegeschreven aan de oude nosologie. M.i. is dit onjuist. Wanneer men de oudere leerboeken doorleest dan treft men in grote lijnen een grotere uniformiteit dan thans. Bovendien zijn verschillen beter herkenbaar door de uitgebreide en gedetailleerde beschrijvingen, gestoeld op nauwkeurige en uitgebreide klinische observaties, een kunst die de oude leermeesters uitnemend verstonden. Vanwaar dan wel deze verwarring? M.i. is deze eigentijds en komt voort uit het door elkaar lopen van verschillende visies op het ontstaan van psychiatrische ziektebeelden, zoals deze elkaar heden ten dage vaak te vuur en te zwaard bestrijden, terwijl ze over het algemeen alle een deel van de waarheid bevatten.

Op deze plaats lijkt het zinvol stil te staan bij Fischers dissertatie over nosologisch denken in de psychiatrie. Het voert te ver hier diep op zijn uitgebreide gang door de nosologie heen in te gaan. Uit zijn slotbeschouwing zou ik echter het volgende willen citeren:

'Nosologie maakt als wetenschappelijke beschouwingwijze en methode van onderzoek deel uit van de wetenschappen. Wetenschap als geheel bestaat uit een aantal bijzondere wetenschappen. Een bepaalde conclusie is dan ook slechts een conclusie, behorende bij een bepaalde tak van wetenschap. Een conclusie is alleen wetenschappelijk wanneer deze bereikt is langs wetenschappelijke methoden, gebaseerd op een theorie, die zelf gebouwd is met behulp van deze methode. 'Wetenschappelijk juist' en 'waar' zijn begrippen, die elkaar niet dekken. Een geloof kan waar zijn, ook als het niet wetenschappelijk is ...

Er is een groot aantal vooronderstellingen waar de wetenschappelijke onderzoeker in gelooft. Daarom zijn ze nog niet wetenschappelijk. Wij zouden deze vooronderstellingen, die wij ervaren als 'waarheden' of 'vanzelfsprekendheden', kunnen onderverdelen in diegenen, die bruikbaar en noodzakelijk zijn voor het wetenschappelijk onderzoek en diegenen die zich vanuit onze kennis en ervaring als zodanig voordoen ...

Een vertrouwen in de nosologie sluit geen onkritisch accepteren van vanzelfsprekendheden en conclusies in als eeuwige waarheden. Een dergelijk accepteren zou geheel onwetenschappelijk zijn. Alle nosologische conclusies zijn onderworpen aan de mogelijkheid van herziening, en het is juist in dit voortdurend herzien, dat de nosologie kan bestaan. Een nosologisch gegeven beschouwen als

een eindconclusie, is het veranderen van dit feit in een dogma ... Zoals iedere tak van wetenschap kan ook de nosologie geen afgerond geheel zijn, maar alleen een streven naar vermeerdering van kennis. De nosologie bestaat niet terwille van de nosologie. Ook hier gaat het om het intentionele en kan het niet losgemaakt worden van zijn doelstellingen. Het uitgangspunt en de daarop berustende pogingen tot verwezenlijking zijn niet gekozen ter wille van een bewijs van een bepaalde vooringenomenheid. Het dient het doel van een begrijpen en behandelen en eventueel genezen van de zieke mens. Niettemin is dit in de discussie rondom de nosologie vaak vergeten. Nosologie, net als de andere wetenschappen, blijft een middel en geen doel'.

Met andere woorden Fischer geeft aan dat nosologie, alhoewel het wetenschappelijke wortels heeft, een dynamisch begrip dient te zijn. In feite is de psychopathologie de klinische evidentie van deze nosologie. In zijn beschrijving ligt deze goeddeels vast. De 'oude meesters' hebben dit gedaan en hun werk lijkt me nauwelijks te verbeteren.

De interpretatie van deze klinische evidentie is echter in het slob geraakt, doordat vele scholen elkaar bestrijden en veel begrippen uit de verschillende scholen door elkaar worden gebruikt. Wanneer men zich hieruit weet te bevrijden blijken psychopathologie en nosologie heel dynamisch te hanteren begrippen te zijn. In de eerste plaats door deze te gebruiken wordt op een beschrijvende manier een groot stuk klinische herkenbaarheid geherintroduceerd, zeker als men zich niet laat verleiden tot een al te grote uitdifferentiëring, maar zich beperkt tot grotere groepen (neurose, psychose, depressies, crises, borderline aandoeningen, enz.). In de tweede plaats kan men dan deze klinische beschrijvende diagnose 'vertalen' via een dynamisch gebruik van de nosologie. Wat houdt het 'vertalen' van pathologie in de ruime zin des woords in? Voor ons betekent dit dat in eerste instantie de patiënt wordt gezien als iemand met weerstand. Van belang is dat niet alleen de bekende weerstand bij de neurotici als zodanig wordt beschouwd. Van belang is ook dat het niet zozeer gezien wordt als een focale dynamische kracht, maar veeleer als iets dat het gehele gedrag beïnvloedt: weerstandsgedrag i.p.v. weerstand. De psychose, de depressie, het crisisgedrag, de borderline, de psychosomatiek, isoleringsgedrag, bizar gedrag, afwijkend gezinsgedrag zien wij dus als weerstandsgedrag, welk ten doel heeft levensproblemen en levenspijn te kunnen ontvluchten of verdringen. Voor de vertaling van dit weerstandsgedrag grijpen wij terug op de mogelijkheden die ons daarbij heden ten dage ten dienst staan:

- 1) de psychopathologie, als beeldbeschrijving van de klinische situatie;
- 2) de klassieke nosologie, als indeling in grotere herkenbare entiteiten (neurose, psychose, depressie enz.);
- 3) de biologisch psychiatrische aspecten, zoals deze vooral voor de psychosen en de depressies herkenbaar zijn neergelegd (Van Praag);

- 4) de somatische en vooral de psychosomatische kennis, zowel in denken als benadering als in praktische toepasbaarheid voor vele aandoeningen;
- 5) de psychodynamiek, zoals deze bekend is geworden uit de verschillende vormen van psychodynamische psychotherapieën;
- 6) het interactionele en systeemconcept, zoals dit bekend is geworden uit de interactionele en gezinstherapieën;
- 7) elementen uit het antipsychiatrische denken.

Meestal is het zo dat geen van deze bovenstaande benaderingswijzen alleen de verklaring geeft voor het weerstandsgedrag. Dit wordt meestal bepaald door en moet dan ook gerubriceerd worden met behulp van enkele van bovenstaande concepten tot een dynamische omschrijving van het weerstandsgedrag. Dit leidt dan tot een dynamische behandelingsaanpak. Fundamenteel is dus de kunde en de kunst om het weerstandsgedrag te onderkennen en daaruit voor iedere individuele patiënt zijn 'melange' samen te stellen. Terugkomend op de werkhypothese van Fischer zou ik willen stellen dat het concept ziektegedrag als uiting van verstoorde tussenmenselijke relatie in onze situatie alleen kan werken als hieraan vooraf is gegaan een beschouwing van ditzelfde ziektegedrag als weerstandsgedrag met de vertaling daarvan naar behandelingsdynamiek. De therapeutische gemeenschap in een psychiatrisch ziekenhuis behoort zo de ontmoeting en integratie te zijn voor psychiatrische scholen en werelden die elkaar maar al te vaak bestrijden. *In deze gemeenschap behoren ziek en gezond gedrag beide te worden gezien als levenswerkelijkheden van nagenoeg ieder individu. En beide verdienen hun plaats in het geïntegreerde behandelingspakket, dat een therapeutische gemeenschap beoogt te zijn.*

### **De voortdurende dualiteit in het werkveld**

Voor ons is de therapeutische gemeenschap een wereld, welke het sophisticated ontmoetingspunt van psychiatrie en psychotherapie is geworden in onze tijd. Het bevat de gebundelde ingrediënten welke in de psychiatrie sinds het midden van de vorige eeuw door hun bruikbaarheid een vaste plaats hebben verworven als behandelingsmogelijkheid. Naast de activering, de Maxwell Jones eisen, de sociotherapie, de crisisinterventie en de antipsychiatrische elementen vindt men er groeps-, interactionele en individuele psychotherapie in terug. Daaraan dient te worden toegevoegd een dynamische interpretatie en aanpak van weerstandsgedrag. Ook sociogene elementen spelen een rol. Het duidelijkst misschien wel in het zeer nadrukkelijk hanteren van een kleine en herkenbare leefgemeenschap, met eigen vormen, normen en waarden.

En daarmee komen we aan een tweede basale schakel, die m.i. ontbreekt in het artikel van Fischer: de voortdurende dualiteit in de hulpverlening zoals hij deze zal ervaren in de hulpverleningssituatie in het algemeen en binnen een therapeutische gemeenschap in het bijzonder. Deze dualiteit komt voor op twee niveaus: op het vlak van de organisatie en op het vlak van de hulpverlening zelf.

Voor wat betreft de organisatie is Fischer daar in zijn artikel duidelijk op in gegaan. Het lijkt niet zinvol dit hier te herhalen. Het betekent zoals ook uit zijn beschouwing blijkt een spanningsveld, waarin werkers in een therapeutische gemeenschap zich voortdurend dienen te weren tegen de organisatie. Dit levert veel en vaak onnodige belemmeringen op. Het enige voordeel is, dat behandelars daardoor in een vergelijkbare strijd zijn gewikkeld als vele behandelenden: vechten voor een eigen kleine wereld tegen de grote omringende veel machtigere wereld. Op het vlak van de hulpverlening zelf echter ligt deze dualiteit veel subtieler. Deze is daar ook niet te bevechten omdat de beide polen ervan voor de behandeling noodzakelijk zijn en steeds repeterend in verschillende facetten terugkomen. Om een aantal voorbeelden ervan te noemen: men zal naast eisen welke men stelt aan motivatie van de patiënt ook respect dienen te hebben voor zijn weerstand cq. weerstandsgedrag. Men zal zich als hulpverlener naast attitude ook terdege een stuk ambachtelijkheid in het vak dienen eigen te maken. Men zal zowel afstand als nabijheid moeten kunnen hanteren. Men zal confrontatie en exploratie moeten kunnen toepassen. Naast zorg voor de patiënt zal juist het aanspreken op zijn eigen verantwoordelijkheid van groot belang zijn. Ziekte staat tegenover gezondheid en levensproblemen. Gedrag in het hier en nu telt, maar evenzeer de psychodynamiek van het intrapsychische conflict. Vertrouwen en geloof in mensen is evenzo wezenlijk als het kunnen incasseren van teleurstellingen bij diezelfde mensen. Wanneer men, zoals bij ons, werkt met een aanvankelijk lagere drempel voor motivatie door het veel voorkomen van pathologie (weerstand) dan is deze dualiteit een dagelijks terugkerende, goed herkenbare werkelijkheid. Ik denk echter, dat deze dualiteit in wezen een kenmerkend stempel drukt op iedere therapeutische gemeenschap, hoe geselecteerd en specifiek ook.

### **De multifunctionaliteit van de afdeling**

Tot slot een derde facet dat in de beschouwing van Fischer niet wordt genoemd, maar m.i. wel wezenlijk is bij de inbouw van een therapeutische gemeenschap in een therapeutisch ziekenhuis als het onze: de multifunctionaliteit van de afdeling. Zowel de populatie in al zijn diversiteit als ook het beperkt aantal bedden en de gebouwelijke beperkingen betekenen in onze werksituatie, dat mensen met zeer uiteenlopende ziektebeelden en problemen moeten worden geconcentreerd op een betrekkelijk kleine plaats. Dit betekent tevens, dat bovengenoemde dualiteit sterk speelt. Maar bijaldien zijn wij genoodzaakt strategieën van totaal verschillende aard naast elkaar te hanteren, zodat klinische crisisinterventie, neurose- en psychosebenadering bij voorbeeld op een gegeven moment naast elkaar kunnen voorkomen. Dit trekt een hoge wissel op hulpverleners en bewoners. De enige wijze, waarop wij in staat zijn dit te hanteren is door datgene centraal te stellen wat reeds onder de psychopathologie werd beschreven: het ziektebeeld met

daarbij behorend gedrag te duiden als weerstandsgedrag en dit laatste te zien als een uiting van verdrongen levensproblemen. Wij spreken de patiënt dan ook aan op zijn weerstandsgedrag en vragen hem dit te vertalen in zijn levensproblemen. Dit wordt zeer consequent gedaan en kan erg veel energie kosten van behandelaars en patiënten. Het betekent, dat wij voor onszelf en voor onze bewoners een grote tolerantie vragen voor de soms grote verscheidenheid van totaal verschillende beelden en gedrag (ieder laat zijn probleem op een andere manier zien), maar streng zijn in de vertaling van weerstand naar levensproblemen. Zo herintroduceren wij op onze manier in multifunctionaliteit en diversiteit een voor de therapeutische gemeenschap noodzakelijke gemeenschappelijke herkenbaarheid in aanpak. Dit houdt dus in dat wij, gezien de pathologie uitgaande van een lage toegangsdrempel, pas in een later stadium van de behandeling aan de eigen motivatie van de patiënt kunnen toekomen. Het is niet altijd eenvoudig de zorg voor de pathologische mens enige tijd later om te zetten in het aanspreken van diezelfde mens op zijn eigen verantwoordelijkheid. Wij hebben hier echter voor gekozen, omdat een te vroege motivatie-eisen in onze populatie de kans onthoudt op behandeling. Een groot aantal van hen zit in het begin immers nog verstrikt in hun weerstand(sgedrag), waardoor hun motivatie nogal eens versluierd blijft.

### Samenvatting

Het dynamisch concept, waarbij afwijkend gedrag als uiting wordt gezien van een verstoorde tussenmenselijke relatie, is een te smalle basis van een therapeutische gemeenschap in een psychiatrisch ziekenhuis als het onze. Daaraan moet worden toegevoegd, dat het noodzakelijk is bij een populatie waarbij psychopathologie een grote rol speelt, een werkwijze te ontwikkelen waarin ook deze psychopathologie wordt omgezet in een dynamisch concept. Het is zaak deze beide tot een werkzaam geheel te integreren. Daarvan uitgaande stuit men dan op twee extra probleemvelden: de dualiteit welke voortdurend speelt in het werkveld en de multifunctionaliteit van de betreffende afdeling.

### Literatuur

- Fischer, A. A. (1963) *Nosologisch denken in de psychiatrie* Drukkerij Elinkwijk, Utrecht.
- Fischer, A. A. (1979) Over 'multiconditionaliteit' in de psychiatrie *Tijdschrift voor Psychiatrie* 79/2, 61-75