Over 'multiconditionaliteit' in de psychiatrie

door A. A. Fischer

aan de hand van (a) problemen bij het ontwerpen van een therapeutische gemeenschap als behandelingsvorm en (b) een poging tot integratie daarvan in een psychiatrisch ziekenhuis, als voorbeelden

Inleiding

Multiconditionaliteit is een term die in de psychiatrie rondwaart. Wij menen allemaal wel te weten wat we ermee bedoelen en hebben de illusie dat we ook van elkaar weten welke betekenis wij eraan hechten. Toch denk ik dat het woord op uiteenlopende wijzen gebruikt wordt. Deze mening wordt versterkt, wanneer ik de literatuur doorneem.

Om te beginnen zou ik een poging tot enige ordening willen wagen om van daaruit te bepalen in welke zin ik het woord gebruiken zal. In onze vertrouwde Van Dale komt het woord niet voor. Wel wordt de term 'conditionalisme' genoemd, met als verklaring: 'de opvatting dat niet elk verschijnsel één oorzaak heeft, maar door een reeks van samenwerkende omstandigheden tot stand komt'. Naar ik meen dekt dit ongeveer hetgeen wij met 'multiconditionaliteit' bedoelen. Maar voor wetenschappelijk gebruik is dit onvoldoende.

Het lijkt dat de term in de psychiatrie aanvankelijk gebruikt is als reactie op een te simpel causaal denken in de geneeskunde: indien A dan X. Multiconditionaliteit betekende toen: indien A + B . . . etc. dan X. (Trouwens vaak wordt het nog zo gebruikt). Vervolgens is een meer complexe betekenis geïntroduceerd. In de Nederlandse psychiatrie is het vooral Rümke geweest, die in vele geschriften daarop geattendeerd heeft. Multiconditionaliteit betekent dan:

a meerdere voorwaardelijke omstandigheden,
b die in verschillende combinaties,
c te zamen,
d niet alleen kwalitatief,
e maar ook kwantitatief, in verschillende maten,

het ontstaan van (ziekelijke) stoornissen kunnen bewerkstelligen.

Schrijver is hoogleraar Psychiatrie Katholieke Universiteit Nijmegen. Deze voordracht werd gehouden ter gelegenheid van het 50-jarig bestaan van het Psychiatrisch Ziekenhuis 'Vogelenzang'. Thema: 'Integratie van enkele psychiatrische stromingen op basis van een multiconditionaliteitsopvatting'.

Het simpele causale denken is hier uit. Maar de term heeft nog steeds uitsluitend een oorzakelijke betekenis in het ontstaan van stoornissen.
De term multiconditionaliteit is echter ook gebruikt in therapeutische zin en betekent dan dat in de behandeling van afwijkend gedrag:

a meerdere wijzen van hulpverlening,
b in verschillende combinaties,
c te zamen,
d niet alleen kwalitatief,
e maar ook kwantitatief, in verschillende maten,
van invloed zijn op herstel.

Vanuit methodisch standpunt heeft multiconditionaliteit echter nog andere betekenissen. Een bepaald probleem, bijvoorbeeld psychotisch gedrag, kan volgens verschillende *theoretische systemen* heel verschillend geïnterpreteerd worden. Zo kan een bepaalde psychose volgens ziektekundig denken geïnterpreteerd worden als een stoornis in de enzymstofwisseling. Volgens psychodynamisch denken kan, met evenveel recht van spreken, de psychose geïnterpreteerd worden als een afweermechanisme of als een falend afweermechanisme. Volgens sociaal-psychologisch denken kan de psychose opgevat worden als een falende aanpassing aan het milieu, of als een falend functioneren in tussenmenselijke relaties (t.m.r.). De geldigheid van ieder van deze zeer uiteenlopende benaderingswijzen wordt alleen bepaald door de bruikbaarheid, bijvoorbeeld in het verlenen van hulp. Voor het overige is de ene benaderingswijze niet belangrijker dan de andere.
Multiconditionaliteit verwijst zo naar meerdere voorwaardelijke vormen van wetenschappelijk denken. Verder impliceert deze idee dat op basis van verschillende denksystemen, verschillende voorwaardelijke omstandigheden in ontstaan en behandeling van afwijkend gedrag kunnen gelden, die bepaald worden door en afhankelijk zijn van het gekozen theoretisch systeem.
Ieder theoretisch systeem ontwikkelt zijn eigen hulpverlenings*strategieën* die, als het goed is, consequent zijn afgeleid uit dat theoretisch systeem. Zo kan volgens het ziektekundig denken gepoogd worden een psychose medicamenteus te beïnvloeden, vanuit het psychodynamisch denken kan gepoogd worden de psychose psychotherapeutisch te beïnvloeden en vanuit het sociaal-psychologische denkbeeld kan gepoogd worden om sociale relaties en vaardigheden te ontwikkelen of te herstellen.
Soms zullen strategieën goed verenigbaar zijn, soms kunnen ze strijdig zijn. In dit laatste geval moet op basis van mate van bruikbaarheid en doeltreffendheid bepaald worden welke strategie voorrang krijgt.
Iedere strategie vraagt een aantal *praktische condities* om tot een goede uitvoering te kunnen komen. Ook deze condities kunnen zeer uiteenlopen en soms ook strijdig zijn. Ook in deze zin is te spreken van multiconditionaliteit. Zo zullen bijvoorbeeld voor medicamenteuze therapie goede laboratoriumbepalingen en goede

verpleging belangrijke condities kunnen zijn. Voor een psychotherapie kan bijvoorbeeld gelden dat de patiënt de mogelijkheid moet hebben tot uiting van gevoelens en dat de mogelijkheid moet bestaan dat de patiënt frequent uren bij de psychotherapeut kan komen. Voor ontwikkeling of herstel van sociaal gedrag zal het bijvoorbeeld noodzakelijk kunnen zijn om een oefenmilieu te creeren en zal de patiënt de mogelijkheden moeten hebben om daarvan gebruik te maken.

Multiconditionaliteit is zo weer op twee manieren op te vatten:

a ieder denksysteem + de daaruit afgeleide strategieën vragen voor hun toepassing meerdere condities, meerdere voorwaardelijke omstandigheden;

b verschillende denksystemen met hun strategieën vragen verschillende praktische condities voor uitvoering.

Wij onderscheiden in het multiconditionele denken zodoende drie soorten of drie niveaus:

a theoretische condities,

b strategische condities,

c praktische condities.

Binnen één denksysteem moet een systematische samenhang tussen deze drie vormen van condities bestaan.

In het volgende zal ik laten zien wat de functie is van deze ordening aan de hand van voorbeelden. Deze voorbeelden zijn ontleend aan problemen die ontstaan wanneer een theoretisch kader en de strategieën voor een therapeutische gemeenschap worden geformuleerd en in een psychiatrisch ziekenhuis worden geïntroduceerd.

Het ordenen van één denksysteem

Therapeutische gemeenschap is een vlag die heel verschillende ladingen dekt. Er is nog geen sprake van een consistent theoretisch kader waarover een grote mate van overeenstemming bestaat. Dit zou iedere onderzoeker die met dit begrip werkt moeten dwingen om de *theoretische condities* aan te geven die bepalen wat hij hieronder verstaat. Het volgende is een poging daartoe, ontleend aan eigen ervaringen. In verband met de tijd moet ik schematisch blijven, er zou heel wat meer over te zeggen zijn.

Theoretische condities

Onze doelstelling was de integratie of herintegratie van de patiënt in een extramuraal sociaal milieu. Dit kon de oorspronkelijke thuissituatie zijn waar de patiënt uit kwam. Maar dit kon ook een geheel nieuw milieu zijn. In ons denksysteem veronderstelden wij dat de patiënt uit zijn milieu was 'gedrukt' als de 'identified patient' ten gevolge van een bestaand conflict in t.m.r. in het milieu. Ik refereer hier aan de familiedynamismes in schizofrenogene en neurotiserende milieus zoals die al door anderen zijn beschreven. Verder redenerend: de tolerantiedrempel van de patiënt en/of het milieu was ten slotte overschreden. Het gedrag en belevingen van

de patiënt worden als vreemd, niet normaal ervaren, waardoor uiteindelijk in laatste instantie een te groot verschil tussen draagkracht en draaglast was ontstaan. De patiënt werd geïsoleerd en uitgestoten naar de psychiater en naar het ziekenhuis.
Verondersteld werd dat verstoring van tussenmenselijke relaties niet alleen in de actualiteit speelde (of in een betrekkelijk korte spanne tijds voorafgaand aan de uiting van het afwijkend gedrag). Ze hadden, zo redeneerden wij, reeds gedurende lange tijd plaatsgevonden in de ontwikkeling van het betreffende milieu en het individu. De verstoorde t.m.r. hebben (in ieder geval bij degene die als patiënt is geïdentificeerd) geleid tot bewuste, maar ook (en dat is belangrijker) tot onbewuste, verdrongen, conflicten en afwijkend gedrag. Het manifeste gedrag beschouwden wij als uitingen van verstoorde t.m.r. en falende pogingen tot herstel van evenwicht en het vinden van alternatieve tussenmenselijke relaties, waardoor weer andere conflicten konden ontstaan, waardoor een soort sneeuwbaleffect ontstond. Deze verstoorde tussenmenselijke relaties met de daaruit volgende intrapsychische conflicten en de daarmee samenhangende gedragspatronen zagen we niet als ziekte maar als een dynamisch proces. Hier gebruikten we hetzelfde dynamische concept dat gebruikt wordt in het psychoanalytisch referentiekader. Dit houdt in dat het uiteindelijk ontstane conflict niet gezien wordt als een verschijnsel dat kwalitatief van een gepostuleerde norm afwijkt (zoals het geval is in het ziekteconcept maar trouwens niet alleen daarin), maar als een kwantitatief probleem. Bijvoorbeeld het probleem van de 'doublebind' werd door ons gezien als een kwantitatief probleem, wat inhoudt dat 'doublebind' in een bepaalde mate in alle interacties kan optreden, ook in diegene die we niet gestoord vinden. Volgens het dynamisch concept zagen we de tussenmenselijke relaties als een continu proces dat voortdurend in evenwicht en uit evenwicht kan zijn. Om te expliciteren dat we hier vooral aan kwantitatieve dimensies dachten spraken we liever van verstoorde evenwichten dan gestoorde evenwichten.
Wanneer de patiënt eenmaal in het ziekenhuis binnen was gekomen gebruikten we de volgende theoretische principes voor verdere behandeling. De patiënt was, zo redeneerden wij, de drager geworden van een intrapsychisch conflict met de daarmee gerelateerde verandering in gedrag, als gevolg van de chronisch verstoorde evenwichten in de tussenmenselijke relaties in het oorspronkelijk milieu. Nogmaals: Wat gewoonlijk als psychose geïdentificeerd wordt in het nosologisch denken werd opgevat als afwijkend gedrag in relatie tot een intrapsychisch conflict. Wij veronderstelden dat in de nieuwe situatie in de kliniek de patiënt opnieuw zijn interactionele conflict zou introduceren. De intramurale behandelingssituatie was primair bedoeld om tussenmenselijke relaties te behandelen. Het terugtrekken in de psychose is een antwoord op wat gebeurt in de tussenmenselijke relaties. Door middel van de tussenmenselijke relaties kan voor de patiënten expliciet worden wat het is dat hun hindert en kunnen zij

geholpen worden om te zoeken naar alternatieve wijzen van interactie. Intrapsychische conflicten en afwijkend gedrag kunnen daardoor verminderen en/of veranderen.
Deze korte formulering heeft verstrekkende consequenties voor de strategieën die gebruikt werden. Dit houdt namelijk in dat bijvoorbeeld de therapeutische behandeling van het intrapsychische conflict, in een individuele therapie, secundair werd gesteld ten opzichte van behandeling van groepsinteracties. Groepsprocessen in de therapeutische gemeenschap en vooral de conflicten daarin werden therapeutisch behandeld in de zin van 'focal conflicts'. Gepoogd werd om groepsoplossingen te vinden voor wensen en angsten binnen de groep door middel van ontdekkende strategieën. Daarbij werd niet verwezen naar voorbije persoonlijke ontwikkelingen. Dit kon, indien nodig, gebeuren in een individuele psychotherapie, hetgeen maar in een paar gevallen gedaan werd. De benadering volgens therapeutische gemeenschap werd beschouwd als een specifieke behandelingsmethode en niet als een aanvullende behandelingsvorm.
De rol van de patiënt was om een verantwoordelijk lid van de groep te zijn. De afdeling werd gezien als een soort gemeenschap van zowel patiënten als staf. En de therapeutische capaciteiten van alle personeelsleden werden aangemoedigd, ontwikkeld en gebruikt.
Laten we nu proberen een aantal theoretische condities hieruit nog eens op een rij te zetten. (Nogmaals: dit is niet uitputtend, voor een goed consistente theorie is heel wat meer nodig.)

1 Het bestaan van *t.m.r.*
2 Het bestaan van *evenwichten* in t.m.r.
3 Het bestaan van *verstoring* van evenwichten.
4 Het *langdurig* bestaan van verstoorde evenwichten.
5 De *tendens tot herstel* van evenwichten.
6 Verstoorde evenwichten + de tendens tot herstel hebben tot gevolg:
   a intrapsychische emotionele *conflicten* bij een of meerdere deelnemers aan die t.m.r.;
   b sociaal *afwijkend gedrag* bij een of meerdere deelnemers aan die t.m.r.
7 Deze intrapsychische conflicten en afwijkende gedragingen zijn niet kwalitatief te onderscheiden, maar alleen *kwantitatief*.
   M.a.w.: Iedereen zal deze intrapsychische conflicten kunnen beleven en dit gedrag kunnen vertonen, meestal alleen niet in die mate.
8 Ontstaan afwijkende gedragingen meer dan een zekere mate, die sociaal bepaald is, dan wordt die deelnemer aan die t.m.r. buitengesloten, en *als patiënt geïdentificeerd*.
9 Door het aanbieden van t.m.r. in een ander milieu zal het individu zijn verstoorde wijze van functioneren in t.m.r. die ten grondslag ligt aan zijn intrapsychisch conflict en zijn afwijkend gedrag *herhalen*.
10 Deze wijzen van functioneren in t.m.r. zijn *zichtbaar* te maken.

11 Door te helpen zoeken naar andere sociaal aanvaardbare wijzen van functioneren in t.m.r. kunnen intrapsychische conflicten en afwijkend gedrag *verminderen of veranderen.*

Strategische condities

Eerste conditie: de 'reële' sociale relaties. Een conditie sine qua non voor een therapeutische gemeenschap, op een dergelijke wijze opgevat, is dat het geen autonoom subsysteem op zichzelf wordt, maar dat normen, waarden en wijzen van interactie van de extra murale maatschappij van kracht blijven. Van het begin tot het eind moeten daarom directe relaties met de maatschappij in stand worden gehouden. Ik spreek graag van een afdeling met drie muren. Er moeten duidelijke grenzen aan het toelaatbare gesteld worden om geen kloof te laten ontstaan tussen therapeutische gemeenschap en de maatschappij. De therapeutische gemeenschap moet geen ideaal systeem op zichzelf worden. In dat geval zou opnieuw een vorm van resocialisatie noodzakelijk worden. Naar mijn ervaring kunnen we niet genoeg onderstrepen dat deze sociale condities fundamenteel zijn en voorrang hebben boven alle andere condities. Laten we nu de therapeutische gemeenschap vergelijken met de psychotherapeutische situatie. In het psychotherapeutische proces ervaart de patiënt de therapeutische relatie een aantal uren per week. Al de andere uren van de dag en van de week is hij in zijn sociale milieu waarin hij de conflicten ervaart. Gedurende de therapeutische zittingen heeft hij de kans om te experimenteren met relaties en emoties. De therapeutische relatie tolereert agressie, angst en andere gevoelens die de patiënt niet op een adequate wijze kan ervaren in zijn sociale interacties. Maar na ieder uur gaat hij terug naar zijn maatschappelijke leefsfeer en vindt een nieuwe confrontatie plaats. Een patiënt die zich sociaal isoleert mist deze confrontatie, waardoor het bijna onmogelijk wordt hem te helpen. Op het moment dat de patiënt opgenomen is in een therapeutische gemeenschap zal hij voor de komende periode de meest bekende sociale interacties achter zich laten. Hij komt in een groep die om goede redenen beschermend is en weinig, in ieder geval veel minder, directe relaties met de maatschappij heeft.

Uit het wetenschappelijk onderzoek van normale groepen weten wij dat in elke geïsoleerde groep van zogenaamd normale mensen onvermijdelijk conflicten in de interacties zullen optreden die leiden tot oplossingen die passen voor die speciale groep, maar die erg kunnen verschillen van wat als sociaal aangepast wordt beschouwd. Zeer snel, vaak in enkele dagen, zullen groepsnormen, interacties en waarden ontstaan die zeer reëel kunnen zijn voor die specifieke groep in die specifieke situatie, maar die aanzienlijk kunnen verschillen van degene die in de maatschappij gelden. Dit is vooral waar voor de therapeutische gemeenschap waarin de patiënt de kans krijgt om te experimenteren met conflictueuze relaties waarvoor hij geen oplossing heeft weten te vinden in zijn eigen milieu. Er ontstaat een spanning tussen de processen in de therapeutische groep en de sociale realiteit. Hoe sterker de con-

flicten in de groep hoe sterker de tendens zal zijn om zich te isoleren en oplossingen te vinden die zinnig zijn voor die speciale groep maar die onbruikbaar kunnen zijn onder andere omstandigheden. Om het anders te stellen: Bepaalde groepsprocessen en oplossingen van conflicten kunnen groepssyntoon zijn, terwijl ze terzelfder tijd sociaal dystoon zijn. Op deze wijze kan een geïsoleerde subcultuur ontstaan die een anti-therapeutisch efecet heeft. Als bijvoorbeeld gedurende eeen bepaalde fase van de groepsontwikkeling meer agressie wordt getolereerd, moet het expliciet blijven dat dit meer is dan maatschappelijk tolerabel is. Therapeutische interacties kunnen alleen bestaan wanneer tezelfder tijd, wat ik noem, 'reële interacties' blijven bestaan.
Nu kunnen we onszelf afvragen wat een gemeenschap sociaal relevant maakt. Wanneer we aan de sociologie vragen om ons de criteria te geven waardoor een maatschappij een bepaalde structuur heeft, kan die ons geen antwoord geven. Wat wij maatschappij noemen is een zo complex gebeuren dat op zijn hoogst een aantal grove lijnen en brede categorieën aangewezen kunnen worden. Hoe kunnen we dan weten of onze therapeutische gemeenschap sociaal syntoon is of niet? Hoe kunnen we er zeker van zijn dat geen aspecten in onze setting binnensluipen die leiden tot dystonie en isolatie? En toch is dit essentieel, waarom zouden we anders van gemeenschap spreken?
Laten we ons nu bezighouden met de *tweede strategische conditie.* Stafleden moeten in staat zijn om een *therapeutische relatie* te onderhouden en te gebruiken naast de 'reële' sociale relaties. Deze therapeutische relatie verschilt aanzienlijk van de psychotherapeutische relaties die gebruik maken van verbalisatie.
Ten eerste moeten stafleden in staat zijn om nonverbale interacties waar te nemen. Ten tweede moeten zij in staat zijn om deze te verbaliseren, wat nog niet hetzelfde is als ze waarnemen. Maar dit is nog niet genoeg. Vaak zal de therapeut in de therapeutische gemeenschap op nonverbale wijze werken. Het vraagt nogal wat om in staat te zijn om te beslissen wanneer men iets zal verbaliseren en wanneeer niet en toch nog adequaat in therapeutische zin te handelen. De psychotherapeut is getraind in methoden van verbalisatie. Slechts een klein aantal psychotherapeuten is getraind om nonverbale interacties te gebruiken in de gewoonlijke soorten van psychotherapeutische relaties zoals de 'one to one'- of de groepssituatie. Nog zeldzamer zijn psychotherapeuten die getraind zijn in het herkennen en hanteren van nonverbale interacties in de leefsituatie van de therapeutische gemeenschap, die aanzienlijk verschilt van de psychotherapeutische 'one to one'- of groepssituatie. Wie is in staat om deze rol continu te spelen gedurende een achturige werkdag?
Deze twee condities:

a het handhaven van sociaal syntone of reële interacties waardoor de gemeenschap een gemeenschap blijft en
b het verbaal en nonverbaal therapeutisch hanteren van deze relaties in een leefsituatie,

zullen voortdurend in conflict zijn. Dit conflict moet ook steeds aanwezig zijn. Er moet een verschil zijn tussen wat sociaal acceptabel is en wat therapeutisch is. Als er alleen een sociaal syntone situatie bestaat zullen de patiënten verstrikt raken in dezelfde onoplosbare conflicten als tevoren. Als alleen een therapeutische situatie wordt nagestreefd en een experimentele leefsituatie wordt aangeboden, zal dit resulteren in een groepssyntone maar sociaal dystone oplossing van deze conflicten en interacties. Beide condities moeten voortdurend gehandhaafd worden en ze moeten in ieder geval duidelijk zijn zowel voor de patiënt als de staf. Anders werkt dit proces anti-therapeutisch.
Het is duidelijk dat in de beschermde experimentele situatie van de therapeutische gemeenschap de staf een moeilijke taak heeft om normen, waarden en vormen van interactie te handhaven die relevant zijn voor de sociale structuur waar de patiënt verwacht wordt naar toe te bewegen; en wat nog moeilijker is, om deze expliciet te houden. Anders is een adequaat therapeutisch proces niet mogelijk. Tezelfder tijd moet de staf proberen deze interacties therapeutisch te gebruiken op een manier die aanzienlijk afwijkt van de traditioneel medische en psychotherapeutische.
Dit noodzaakt de formulering van een *derde conditie* die we '*werkrelatie*' zullen noemen. Doelen en behoeften van de individuele patiënt en de groep moeten altijd zo duidelijk mogelijk zijn. Doelen en verwachtingen van de staf moeten hiermee coherent zijn. Voor iedereen, voor patiënten en staf, moet het expliciet zijn of er samenwerking is en wat het doel van deze samenwerking is. Dit klinkt misschien simpel maar het is erg moeilijk te effectueren. Enerzijds kan de patiënt dusdanig overspoeld worden door zijn problemen dat niet meer zichtbaar is dat het om een werkrelatie gaat. Anderzijds kan de staf dusdanig betrokken raken dat de werkrelatie verdwijnt.

Praktische condities

Dit brengt mij op een aantal praktische beleidscondities die direct voortvloeien uit onze theoretische en strategische condities. Regelmatige, frequente en intensieve stafdiscussies zijn onmisbaar, maar zijn sterk verschillend van de gebruikelijke. Stafleden moeten niet alleen bereid zijn maar ook in staat zijn om de interactionele conflicten van hun eigen groep expliciet te maken en ze adequaat te hanteren.
Ten eerste moet aandacht geschonken worden aan de conflicten die ontstaan door de spanning tussen wat sociaal adequaat is en wat therapeutisch noodzakelijk is. Ten tweede zullen interactionele conflicten in de patiëntengroep zich herhalen in de stafgroep. Ten derde zullen stafleden onvermijdelijk persoonlijke problemen (die niet noodzakelijk gerelateerd zijn tot de therapeutische gemeenschap) inbrengen. Ten vierde zal elke groep van mensen die samenwerken zijn eigen conflicten en interacties meebrengen.
Deze conflicten in de stafinteracties moeten goed onderscheiden en goed gehanteerd worden. Als dat niet gebeurt, ontstaat een

nieuwe vorm van institutionalisatie met nieuwe rigide normen. In een echte therapeutische gemeenschap is niets statisch, maar een levende gemeenschap die voortdurend in beweging is. Het is erg moeilijk om de mogelijkheden daarvan te bepalen, vooral omdat de stafleden ertoe zullen neigen hun eigen motieven voor bepaalde intoleranties en toleranties te verbergen en deze onbewust te projecteren in de patiëntengroep. We hebben opgemerkt dat steeds terugkerende problemen voor de staf zijn: agressie, sterke positieve gevoelens, vooral met een sexuele betekenis, en in relatie tot deze twee, lichamelijk contact. Vaak neigen deze stafdiscussies tot een gezinsachtige beslotenheid en vertrouwelijkheid die een bron van spanning is. Er dreigt een gebrek aan de nodige anonimiteit te ontstaan. De stafgroep neigt ertoe om van zichzelf (en van de patiënten) een maximum aan openheid en communicatie te vragen. De redenen hiervoor kunnen erg idealistisch zijn, maar zijn vaak sterk geladen met agressie en onzekerheid. Wat nodig is is niet een maximum aan openheid maar een optimum. Het niveau van dit optimum is erg moeilijk te bepalen, daarbij varieert dit niveau nog afhankelijk van de situatie.

In dit verband wil ik nog enkele praktische condities noemen waaraan gemakkelijk wordt voorbijgezien. Het lijkt dat een beperkt aantal verschillende deskundigen het therapeutisch effect verhoogt. Stafleden functioneren breder. Verbrokkeling van functies wordt minder en de overlap van rollen is ook minder wanneer er minder beroepsdisciplines aanwezig zijn. Ook een te groot aantal stafleden hindert de interacties. Er wordt dan veel tijd besteed aan moeizame vergaderingen en er is een tendens tot subgroepvorming binnen de totale groep. Bij de aanwezigheid van verschillende sociale klassen treden ook verschillen in sociale waarden en wijze van interacties op. Er is bijvoorbeeld een duidelijk verschil in acceptatie van een niveau van agressie en afhankelijkheid, etc., en de wijze van uiten van emoties. Daarbij komt nog dat in verschillende sociale klassen verschillende maten en wijzen van expressie van verbaal-nonverbaal gedrag wordt getoond. Groepsinteracties en individuele relaties hebben een zekere waarde afhankelijk van de bepaalde sociale klasse waarin ze plaatsvinden. Men kan dit echter niet eenvoudig correleren met upper, middle en lower class verschillen. Hoe groter nu de afstand is tussen stafleden onderling en tussen stafleden en patiënten wat betreft hun sociale milieu, hoe groter de kans is op misverstanden en het invoeren van groepsinteracties die niet aangepast zijn aan de eisen van het sociale milieu.

Het is essentieel dat de onderliggende filosofie expliciet wordt gemaakt, zowel in theorieformatie als in conceptbeschrijving. Maar in dit veld zijn theorieformatie en conceptbeschrijving zo ingewikkeld dat het moeilijk is om voldoende greep te krijgen op het onderwerp in het begin van een dergelijk experiment. Dit is een proces van jaren. Het proces van Trial and Error moet niet als onwetenschappelijk afgewezen worden, maar juist geaccepteerd worden als een bruikbare methode. Iedere stap in de theorievor-

ming en elke aanpassing daarvan moet beschreven worden. Er moet een continue toetsing plaatsvinden van de consequenties zowel voor de strategieën als voor de doelen.
Tot zover is dit vanzelfsprekend voor iedereen die gewend is aan wetenschappelijk werk, maar theorieformatie in dit veld kan onmogelijk vrijgehouden worden van waarde-invloeden. Sociale waarden bepalen in een hoge mate de emotionele betrokkenheid. Emotionele betrokkenheid maakt theorieformatie vaak inconsequent en onlogisch. Wat dan een theorie lijkt te zijn blijkt achteraf een pseudo-wetenschappelijke formulering die bepaalde waarden of behoeften verbergt die om emotionele redenen niet expliciet kunnen worden gemaakt. Gedurende het proces van theorieformatie gaan de medewerkers door een proces van emotionele ontwikkeling. Stafleden zullen pogen om dit niet te onderkennen. Intensief overleg zal dan blijken weinig of geen conclusies op te leveren. Er bestaat het gevaar dat er een ontwikkeling plaatsvindt met verreikende en ongunstige consequenties voor de strategieën en de doelen, die niet zichtbaar worden.
Als illustratie kunnen wij een probleem aanhalen dat ook door anderen is beschreven, nl. dat van democratisering en eigen verantwoordelijkheid van de patiënt in de therapeutische gemeenschap. Jones stelt dat het noodzakelijk is om de hiërarchische structuren af te breken ten einde een therapeutische gemeenschap te kunnen realiseren. Maar Denber meldt dat ondanks een dergelijk streven de hiërarchische structuur in stand bleef. Cumming en Cumming stellen daar weer tegenover dat democratie niet hetzelfde is als gelijkheid en dat een hiërarchische structuur in de therapeutische gemeenschap moet blijven bestaan om beslissingen te kunnen nemen. Ook wij hebben dit dilemma ervaren.
Op grond van de idee dat de therapeutische gemeenschap een sociaal relevant milieu moet zijn zouden de patiënten de volle verantwoordelijkheid moeten hebben voor het gebeuren in de therapeutische gemeenschap, vergelijkbaar met een situatie wanneer ze in de maatschappij zouden leven. Stafleden die participeren zouden daarin gelijk moeten zijn met de patiënten. Maar op grond van het feit dat stafleden worden geacht therapeutisch te functioneren en daarvoor de nodige deskundigheid te hebben nemen ze beslissingen die anders zijn dan die de patiënten kunnen nemen. De kunst is om niet te doen of we allemaal gelijk zijn en ondertussen toch onvermijdelijk beslissingen te nemen die dit weerstreven, maar om zo duidelijk mogelijk te maken voor iedereen welke verantwoordelijkheid de een heeft en welke de ander. Anders ontstaat een willekeur in het nemen of afschuiven van verantwoordelijkheid en beslissingen die anti-therapeutisch werkt. Duidelijk moet zijn welke sociale en welke therapeutische verantwoordelijkheden een ieder heeft. Wanneer deze strijdig zijn kan dat tenminste duidelijk zijn. Dit is een verantwoordelijkheid van patiënt en stafleden gezamenlijk, maar door deskundigheid op een verschillend niveau genomen. Het is bijvoorbeeld deze hiër-

archie van functies en verantwoordelijkheden die juist door stafleden vaak slecht wordt verdragen met ongunstige consequenties voor strategieën en doelen.
Er is, behalve deze bovengenoemde beleidscondities nog een groot aantal *ruimtelijke, materiële en zakelijke condities*, die essentieel zijn om een therapeutische gemeenschap als zodanig te laten functioneren. Ook deze vragen voortdurend aandacht. Zoals ik al eerder stelde moeten theoretische, strategische en praktische condities nauwkeurig met elkaar in overeenstemming zijn omdat strijdigheid daartussen het bereiken van de doelen hindert en zelfs onmogelijk kan maken. Schijnbaar onbelangrijke omstandigheden kunnen als grote, vaak onzichtbare, hindernissen fungeren.
Het probleem wordt vergroot doordat in feite met drie categorieën praktische condities rekening gehouden moet worden:

a de patiënten moeten kunnen leven op een wijze die sociaal relevant is;
b ruimten en andere zaken moeten zodanig zijn dat zij de therapeutische strategieën mogelijk maken;
c er zijn condities nodig om het instituut als zodanig te laten voortbestaan.

Deze drie categorieën condities kunnen strijdig zijn en, wat erger is, vaak op onzichtbare wijze.
U ziet dat we uitgaande van één idee, nl. van de therapeutische gemeenschap op verschillende niveaus multiconditioneel moeten denken.

Het samenbrengen van twee denksystemen

Maar wat gebeurt er nu wanneer we de idee van de *therapeutische gemeenschap* proberen te introduceren *in een psychiatrisch ziekenhuis*.
Het psychiatrisch ziekenhuis en alles wat daar gebeurt is ook de concretisering van een samenstel van theoretische, strategische en praktische condities. Vanuit het ziekteconcept hebben wij heel andere theoretische condities voor de verklaring van het ontstaan van en de hulpverlening bij afwijkend gedrag, zoals ik in het begin reeds aanduidde. Onze strategische en praktische condities zijn dienovereenkomstig ook heel anders. Zo hebben wij vanuit het ziekteconcept een heel ander idee over de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt. Uiteraard zullen wij ons ziekenhuis zo leefbaar mogelijk maken, maar de dwingende eis van sociale relevantie zoals die voor de therapeutische gemeenschap geldt bestaat vanuit het ziektekundig denken niet. Zo zouden nog zeer veel verschillen te noemen zijn.
Wat kan er nu gebeuren wanneer wij de ene vorm van denken proberen in te voeren in de situatie die bedoeld is voor de uitvoering van een andere vorm van denken.
De ruimtelijke organisatie van een afdeling is de weerslag van de organisatie van het instituut of het ziekenhuis. De inrichting van een slaapzaal kan dan wel erg vriendelijk zijn maar het uiteinde-

lijke doel blijft de doelmatigheid en hanteerbaarheid ten behoeve van het werk van de verpleegstaf. Serviesgoed zal zodanig gekozen worden dat het niet makkelijk kan breken. Schalen zijn bij voorkeur van metaal. Het glas in de ramen wordt doelbewust van kleine afmetingen gehouden zodat het makkelijk te repareren en niet kostbaar is. Er zouden hier nog veel voorbeelden aan toe te voegen zijn. Ik verwijs hier naar belangrijk werk van Goffman en anderen. Al deze details in bouw en inrichting functioneren als verborgen verleiders. Ze dwingen iedereen, zowel patiënten als stafleden, om zich aan te passen. Men kan pogen om hier weerstand aan te bieden, maar deze praktische condities behouden hun kracht zolang als het gebouw, het instituut bestaat. Nu is het altijd mogelijk om bijvoorbeeld afhankelijkheidsproblemen of problemen van agressie te hanteren in de therapeutische gemeenschap als elementen van groepsinteractie. Echter ik betwijfel ernstig of het wel therapeutisch is om deze problemen als groepsproblemen te hanteren wanneer zij opgelegd worden door de structuur zelf. Naar mijn mening is dit misleidend en anti-therapeutisch. Wanneer we deze patiënten in de therapeutische gemeenschap accepteren, onthouden wij hun tegelijkertijd de mogelijkheid om hun geld te verdienen. Meestal neemt het ziekenhuis of het instituut op zich om financiële regelingen te verzorgen. Maar hiermee ontnemen wij de mogelijkheid om geld verdienen een sociaal conflict te laten zijn en induceren een afhankelijkheid van het instituut. De staf van de therapeutische gemeenschap kan erg idealistisch zijn, en de waarde van geld verwaarlozen, maar een veronachtzaming van dit aspect interfereert direct met de doelen. Het aantal persoonlijke bezittingen van de patiënt is direct gerelateerd aan het aantal vierkante meters dat hij tot zijn beschikking heeft. De patiënt is niet in staat om zelf te kiezen tussen een eenpersoonskamer of een bed met een kleine kast op een slaapzaal. Onder deze omstandigheden kunnen persoonlijke bezittingen niet een reëel conflict vertegenwoordigen, maar dit wordt een conflict tussen de patiënt en de beperkingen die door het instituut opgelegd worden.

Ook het probleem van het zijn in de groep of het zich terugtrekken daaruit kan nauwelijks een reëel conflict worden. De meeste patiënten hebben nooit de kans om zich terug te trekken. Op deze wijze behoeft het verschijnsel van de patiënt die poogt zich te isoleren van de groep geen sociaal afwijkend gedrag te zijn. Moet de staf dit nu hanteren als een groepsconflict, wanneer geen bevrediging gegeven kan worden in een mogelijk heel wezenlijke behoefte?

M.a.w.: Het ziekenhuis waar de therapeutische gemeenschap een onderdeel van uitmaakt is een organisatie met een bepaalde structuur die gewoonlijk bedoeld is om het als een medisch instituut te laten functioneren. Dit legt een aantal condities op aan de afdeling voor therapeutische gemeenschap, die niet te verwaarlozen zijn. Ik zal u nog enkele noemen die een belangrijke rol kunnen spelen:

Zo kan het zijn dat alle deuren van het ziekenhuis open blijven,

behalve de hoofdingang. Welke invloed zal dit hebben op het afhankelijkheidsprobleem van de therapeutische gemeenschapsgroep, wanneer het ziekenhuis eist dat de dokter aan de patiënt toestemming geeft om in of uit te gaan.
De patiënten van de therapeutische gemeenschap kunnen voor hun eigen maaltijden en hun eigen was zorgen, maar wanneer ze dit weigeren hoeft geen echt conflict te ontstaan. De keuken en de wasserij van het ziekenhuis kunnen dit immers automatisch overnemen. De patiënten die zich na elf uur 's avonds nog buiten de eigen afdeling bevinden worden soms wel en soms niet naar hun eigen afdeling gestuurd afhankelijk van welke verpleegkundige de verantwoordelijkheid had voor die nacht.
Vaak merken we dit soort situaties op. Maar we kunnen ons afvragen hoeveel daarvan ons ontgaan, terwijl ze toch een sterke invloed uitoefenen. De stafleden van het ziekenhuis kunnen vol begrip zijn voor de therapeutische gemeenschapsidee en er ten volle mee instemmen dat voor dit doel speciale voorzieningen nodig zijn. Toch kunnen ze emotioneel op bepaalde maatregelen reageren (zoals geen vaste bedtijden en geen algemene regels voor de tijden van de creatieve therapie) alsof dit privileges waren. Zo ervoeren wij dat het moeilijk is om te accepteren dat één fulltime maatschappelijk werker aangesteld werd voor een dergelijk klein aantal patiënten.
Ten gevolge van dergelijke verschillen in relatie tot de structuur van het ziekenhuis ontstaat een voortdurende spanning. Ondanks zichzelf is men geneigd om zelfs minder te accepteren van de patiënten en van de stafleden van de therapeutische gemeenschap dan van anderen in het ziekenhuis. Natuurlijk zou iedereen in hun plaats geneigd zijn geweest op dezelfde wijze te reageren. Maar samenwerkingsstructuren in een groot ziekenhuis zijn zo complex dat het onmogelijk kan blijken om deze spanningen aan de oppervlakte te brengen. Veel van deze verstrekkende interactionele invloeden blijven geheel onopgemerkt en het blijkt erg moeilijk om ze aan de oppervlakte te brengen. Toch interfereren ze ernstig met de therapeutische strategieën.
Op beleidsniveau was men meestal graag bereid om al het mogelijke te doen om de therapeutische gemeenschap een succes te maken. Maar de primaire taak van het management is om goede medische zorg te verschaffen volgens financiële regelingen die bepaald werden door externe instanties. Ze zijn vaak niet in staat om te accepteren dat stafleden, aangesteld in de therapeutische gemeenschap, anders getraind moeten zijn dan de verpleegstaf in de rest van het ziekenhuis. Andere opleiding betekent vaak hoger salaris hetgeen een financieel probleem doet ontstaan. Een andere opleiding betekent ook conflicten met de verpleegstaf en de andere afdelingen die dit niet makkelijk accepteren.
Financierende instanties moeten goed geïnformeerd zijn over de structuur en doelstelling van de therapeutische gemeenschap. Het is noodzakelijk dat zij begrijpen dat een therapeutische gemeenschap andere doelen heeft dan de vertrouwde medische, hoewel

er oppervlakkig gezien een grote overeenkomst kan zijn. Zij moeten begrijpen dat andere doelen, kwantitatief en kwalitatief andere voorzieningen en een andere organisatiestructuur noodzakelijk maken en dat financiële middelen niet gecalculeerd kunnen worden volgens de regels en normen van de geaccepteerde medische structuur. Dit is geen conditie die specifiek is voor de therapeutische gemeenschap maar zeker een conditie die stafleden van de therapeutische gemeenschap zelden voorzien en goed inschatten, getraind als ze zijn in hulpverlening en niet in organisatieproblemen. Gewoonlijk eindigt dit in machteloze ruzies over gebrek aan medewerking, bureaucratische procedures, etc. Enthousiasme en motivatie verdwijnen dan langzaam. Het dreigt het einde van het project te worden.
Wij zouden uit deze waarnemingen een aantal noodzakelijke condities kunnen afleiden zoals: een andere meer sociaal aangepaste structuur en meubilering van de afdeling met meer vrijheid van beweging voor de patiënten; goede voorwaarden met betrekking tot privacy en persoonlijke bezittingen; een betere relatie met andere leden van het personeel en het management van het ziekenhuis; een betere financiële organisatie, etc. Maar er is één conditie die aan de basis ligt van alle andere, nl.: verschillende doelstellingen vragen verschillende voorzieningen en verschillende organisatiestructuren om deze doelen te realiseren. In het bedrijfsleven is dit vanzelfsprekend. Want wanneer men wil proberen om kleding te fabriceren zal men dit niet doen in een schoenfabriek. Echter dit is in feite wat we proberen te doen. Het gebouw en de outillage van het ziekenhuis zijn bedoeld voor goede medische zorg. Dit is ook waar de staf voor is opgeleid. Ook de taak van het management beoogt hetzelfde doel. Echter medische zorg is gebaseerd op wetenschappelijke concepten betreffende ziekte waarvoor de geëigende organisatiestructuur wordt gekozen.
Wanneer we proberen de therapeutische gemeenschap te realiseren binnen een instituut dat bedoeld is voor medische zorg, kunnen we niet ontsnappen aan het feit dat de omstandigheden en interacties gevormd zijn en worden volgens de doelen en strategieën en daaruit volgend, de noodzakelijke organisatiestructuur van het ziekenhuis. Onvermijdelijk interfereert dit feit essentieel met de doelen en strategieën in een organisatiestructuur die noodzakelijk is om de therapeutische gemeenschap te realiseren. Men kan hier tegen vechten maar men verliest het. Of nog slechter, men maakt geen kleding maar ook geen schoenen.

Integratie?

Tot slot kijkend naar het motto van deze dag 'Integratie van enkele psychiatrische stromingen op basis van een multiconditionaliteitsopvatting' wil ik, uitgaande van het nu exemplarisch besprokene, een paar generaliserende uitspraken doen.
I. Multiconditionaliteit heeft in wetenschappelijke zin meerdere betekenissen.

II. Uitgaande van *één* theoretisch kader:
(a) multiconditionaliteit verwijst naar verschillende niveaus en categorieën van condities;
(b) er moet een systematische samenhang zijn tussen deze condities, anders vermindert de doelmatigheid van (denk- en behandelings-)strategieën; vaak tot doelloosheid toe; zelfs kunnen effecten optreden die tegengesteld zijn aan de doelen;
(c) aanvaardt men vooraf bepaalde omstandigheden dan fungeren deze als praktische condities met verstrekkende gevolgen voor de formulering van theoretische en strategische condities.
III. Uitgaande van condities behorende bij *verschillende* theoretische kaders:
(a) de bovengenoemde eis van systematische samenhangen bestaat niet;
(b) het bijeenbrengen van condities behorende bij verschillende theoretische kaders in één situatie is een methodische fout wanneer niet: *1.* voor ieder van de theoretische kaders de condities bepaald zijn, ook in hun systematische samenhang; *2.* de mogelijkheid van samengaan (niet samenhangen) of strijdigheid eveneens bepaald is.
Gezien de complexiteit van de problemen waarmee wij ons in de psychiatrie bezighouden is het voldoen aan deze twee voorwaarden nu nog vaak erg moeilijk.
Het vinden van systematische samenhang tussen condities behorende bij verschillende theoretische kaders is een zo ver verwijderd doel dat hierover vooralsnog weinig reëel te denken valt.
Anders gezegd, vanuit de idee *'integratie'*:
(1) integratie in de zin van systematisch samenhangen binnen één theoretisch kader is een eis; een eis waaraan we over het algemeen in de psychiatrie nog weinig kunnen voldoen;
(2) integratie in de zin van samengaan van condities behorende bij verschillende theoretische kaders kan een wens zijn, maar hieraan is nog minder te voldoen; onderscheiden is hier vooralsnog veel belangrijker, en voorwaarde voor integratie in de zin van samengaan;
(3) integratie in de zin van samenhangen van condities behorende bij verschillende theoretische kaders is een wens die door wetenschapstheoretici vrijwel is opgegeven sinds de studies van de 'Wiener Kreis'; ook in de psychiatrie kunnen wij deze wens beter niet meer koesteren.