

Verschillende modellen van therapeutische gemeenschappen

door P. T. H. M. van der Linden

In september 1978 werd in Windsor een werkconferentie over de Therapeutische Gemeenschap georganiseerd, waaraan voornamelijk door vertegenwoordigers van Engelse en Nederlandse klinieken werd deelgenomen. Eén van de centrale en, naar ik hoorde, in zulke bijeenkomsten altijd weer terugkerende onderwerpen, was ook dit keer de vraag: wat is nu precies een therapeutische gemeenschap? Het meest nuchtere en nauwelijks voor discussie vatbare antwoord op die vraag, kwam tijdens deze conferentie niet van een der Engelse of Nederlandse deelnemers, maar van een Amerikaanse onderzoeker, James Ziegenfuss, die een samenvatting presenteerde van alle publikaties welke in de jaren 1970-1975 in allerlei landen over therapeutische gemeenschappen waren verschenen – en die aan het begin van zijn referaat tot de volgende definitie van de therapeutische gemeenschap kwam: 'a British response to psychoneuroses'. De omschrijving is voor wie het recente geharrewar in kringen van de Nederlandse V.W.G.P. (Vereniging van Werkers in Psychotherapeutische Gemeenschappen) kent om een (uit)sluitende definitie van een therapeutische gemeenschap te formuleren, van een benijdenswaardige simpelheid. Toch roept de omschrijving in al zijn eenvoud bijv. de vraag op, of de Engelse vorm van de therapeutische gemeenschap inderdaad als het universele prototype ervan moet worden beschouwd. De titel van dit artikel wekt een andere suggestie, nl. dat er niet één type therapeutische gemeenschap bestaat, maar dat daaraan op verschillende manieren vorm kan worden gegeven.

Het is mij al enige tijd opgevallen dat in veel boeken en artikelen over de therapeutische gemeenschap uitvoerig wordt gesproken over onderwerpen als de zgn. basisprincipes, over democratisering, patient-staff-meetings en over sociotherapie, maar dat er verrassend weinig over de psychotherapeutische behandeling als zodanig

Schrijver is klinisch psycholoog en psychotherapeut en maakt deel uit van de leiding van het Psychotherapeutisch Dagcentrum bij de Universiteit van Amsterdam, Vondelstraat 40 (Hoofd: Prof. Dr. P. C. Kuiper). Het artikel werd als voordracht gehouden op de jaarvergadering van de Vereniging van Werkers in Psychotherapeutische Gemeenschappen (VWPG) op 2 maart 1979 te Noordwijkerhout.

nig wordt vermeld. Daarvan uitgaande leek het mij een interessant idee om verschillende vormen van therapeutische gemeenschappen te onderscheiden naar het type psychotherapie dat er wordt toegepast. Ik werd hierin mede geleid door de veronderstelling dat het geen toeval is dat wij in ons land steeds meer zijn gaan spreken van 'psychotherapeutische gemeenschap' en dat aanduidingen als 'klinische' of 'residentiële' psychotherapie, min of meer als synoniemen van 'therapeutische gemeenschap' gebezigd worden. Daarin komt m.i. tot uiting dat wij in Nederland de therapeutische gemeenschap meer en meer zijn gaan beschouwen als een nieuwe toepassingsvorm van psychotherapie – en veelal van groepspsychotherapie.

Ditzelfde blijkt bijv. ook uit de manier waarop indicaties voor toelating in een therapeutische gemeenschap bij ons geformuleerd worden; in het Psychotherapeutisch Dagcentrum in de Vondelstraat te Amsterdam wordt als een van de belangrijkste indicaties voor opname gehanteerd: dat een ambulante psychotherapie aan de betrokken cliënt onvoldoende perspectief biedt. Dit kan zowel samenhangen met de ernst van de problematiek als met de specifieke persoonlijkheidsstructuur van de cliënt. Het is in dit verband typerend dat het grootste gedeelte van de cliënten van ons Dagcentrum òfwel, dikwijls na jaren, in een ambulante psychotherapie zijn vastgelopen, òfwel vanuit de intake-teams van instituten voor ambulante psychotherapie naar ons verwezen worden. Wanneer de therapeutische gemeenschap beschouwd kan worden als een bijzondere toepassingsvorm van psychotherapie, met name geschikt voor een categorie cliënten, bij wie ambulante toepassing van psychotherapie niet mogelijk is of teveel risico's meebrengt, dan lijkt het logisch om modellen van therapeutische gemeenschappen te onderscheiden, op een wijze zoals men verschillende methoden van psychotherapie onderscheidt.

Echter, luisterend naar de referaten van Engelse collega's tijdens de Windsor-conferentie en later lezend in een serie bijdragen van werkers in Engelse therapeutische gemeenschappen, die onlangs werden gepubliceerd (Hinshelwood & Manning, 1979), is mij gaandeweg duidelijker geworden dat de therapeutische gemeenschap zich in Nederland o.i.v. allerlei specifieke omstandigheden op een heel eigen wijze ontwikkeld heeft. Zelfs zó eigen dat ik mij enkele malen afvroeg of wij 'the British response to psychoneuroses' hebben overgenomen òf dat er langzamerhand een eigen, Nederlandse vorm is gegroeid, die met recht, in onderscheid met de Engelse vorm, als 'psychotherapeutische' gemeenschap wordt aangeduid.

Laat ik, om dit duidelijk te maken, eerst nog eens kort proberen samen te vatten wat binnen de Engelse 'Association of Therapeutic Communities' kennelijk geldt als de ideale opvatting van een therapeutische gemeenschap. In de Engelse literatuur (Clark, 1965) wordt wel onderscheid gemaakt tussen de zgn. 'therapeutic community approach', waarmee de algemene tendens tot democratisering en spreiding van verantwoordelijkheid binnen psychia-

trische instellingen wordt bedoeld, en de 'therapeutic community proper'. Welnu, typerend voor deze laatste – de therapeutische gemeenschap in eigenlijke zin – is, dat de gemeenschap als geheel, met zijn structuur, zijn regels, zijn rollen, zijn programma en met de onderlinge interacties die er continu plaats hebben, als het therapeutisch medium bij uitstek wordt gehanteerd. Anders gezegd: de gemeenschap, waar cliënten en stafleden deel van uitmaken, wordt hier opgevat als het 'therapeutisch veld' (Langs, 1976), zoals de therapeut-cliënt-relatie dat is in de individuele psychotherapie, zoals de groep dat is in groepspsychotherapie en zoals het tijdelijk systeem van gezin en therapeuten dat is in gezinstherapie. Consequent met deze opvatting kon men in Windsor de Engelse psychoanalyticus Hinshelwood over de plaats van de psychotherapie in de therapeutisch gemeenschap horen zeggen: 'In Britain therapeutic communities are considered as more than merely communities where psychotherapy takes place'. Hij schilderde vervolgens het ideaal van psychotherapie van de gemeenschap door de gemeenschap en preciseerde dit nader als volgt: 'if psychotherapy is to be practised with succes we must focus on the shared structures, which are shared defences against the personal anxieties arising from the experience of the individuals in the community'. De gedachten welke hij hierover naar voren bracht vertoonden naar mijn mening veel overeenkomst met de ideeën van Mentzos (1976) over interactionele en geïnstitutionaliseerde afweervormen. Hinshelwood meent met andere woorden dat het bij de therapeutische gemeenschap niet om een nieuwe toepassingsvorm gaat – van bijv. groepspsychotherapie binnen een klinisch-psychiatrische setting – maar dat er sprake is van een eigen, originele vorm van psychotherapie. Eenzelfde geluid vernemen wij in een artikel van de Engelse socioloog Manning (1976), die in één van Englands meest gerenommeerde therapeutische gemeenschappen, de Henderson-kliniek, een onderzoek deed, waarbij hij zowel naging hoe de waarde-oriëntaties van stafleden en cliënten zich tussen 1955 en 1973 ontwikkelden, alsook onderzocht hoe de feitelijke gang van zaken binnen de kliniek in dezelfde periode evolueerde. Het onderzoek leidde tot de enigszins paradoxale uitkomst dat in de loop van de 18 jaar de waarden ('values') van staf en cliënten, de ideaal-cultuur van een therapeutische gemeenschap in termen van Rapoport (1960) steeds dichter benaderden. Echter, in dezelfde periode trad in de praktijk ('practice') een omgekeerde verschuiving op: wanneer aan stafleden en cliënten gevraagd werd, welke activiteiten in de kliniek in feite het meest helpend werden gevonden, bleek de groepspsychotherapie in de kleine groep in 1973 niet alleen veel hogere ogen te gooien dan in 1955, maar ook veel hogere dan binnen een 'ideale' therapeutische gemeenschap zou 'horen'. Manning laat dan ook niet na er in zijn commentaar op de resultaten op te wijzen, dat hij dit een bedenkelijke ontwikkeling acht. Hij schrijft: 'Thus, staff and patients agree on the desirability of psychotherapy and by implication on the situation whereby 'treaters' (the skilled doctors in the small

psychotherapy groups) are essential to the group which is 'being treated'. This element of the 'sick role' is an aspect which the early therapeutic community movement sought to eradicate, emphasizing rather the creative and active side of the patient' (Manning, 1976, p. 133).

Tegelijkertijd echter doen de resultaten van Mannings' onderzoek de vraag opkomen of de Engelse therapeutische gemeenschappen zich wellicht méér in theorie dan in de praktijk van de Nederlandse onderscheiden. Specifiek voor de ontwikkeling in ons land lijkt mij het gegeven dat de opkomst van de therapeutische gemeenschap zich heeft voltrokken parallel met de ruimere verspreiding en uitgroei van de psychotherapie en met name van de groepspsychotherapie. Deze uitgroei heeft de laatste jaren voor een belangrijk deel bestaan in een bredere differentiatie, d.w.z. dat een steeds grotere diversiteit van methoden en technieken van psychotherapie wordt toegepast. Was 25 jaar geleden de klassieke psychoanalyse nog praktisch de enige vorm van psychotherapie die in ons land voorhanden was, thans kennen wij een grote variëteit van therapievormen, die verschillen in theoretische achtergronden, in visies op de klachten en problemen van cliënten, verschillen qua intensiteit en duur van de behandeling en in gehanteerde psychotherapeutische methodieken. Zowel binnen de Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie als binnen de Nederlandse Vereniging voor Groepspsychotherapie zien we zo'n verdergaande differentiatie. Aangezien binnen de Nederlandse therapeutische gemeenschappen de toepassing van psychotherapie zo'n centrale plaats inneemt, was te verwachten dat een dergelijke differentiatie zich ook zou voordoen in de vormgeving van Nederlandse therapeutische gemeenschappen. Opzet van dit artikel is, om binnen de verscheidenheid welke thans aan het ontstaan is, een zekere ordening aan te brengen. Daartoe worden hieronder een drietal min of meer ideaal-typische beschrijvingen gegeven van therapeutische gemeenschappen, die op enkele belangrijke dimensies van elkaar verschillen. De bestaande therapeutische gemeenschappen zullen zich waarschijnlijk enerzijds herkennen in één der geschetste modellen – van de andere kant ook elementen van de andere twee modellen realiseren. In de werkelijkheid zijn de verschillen niet zo scherp onderscheiden en zijn de overgangen veel vloeiender dan hier gesuggereerd wordt. Ik heb mij bij de hier volgende beschrijvingen sterk geïnspireerd op een interne nota, welke J. de Klerk-Roscam Abbing enkele jaren geleden schreef t.b.v. de staf van het Dagcentrum Vondelstraat. Als uitgangspunt voor de drie modellen wordt de indeling van Wolberg (1967) genomen, waar hij psychotherapeutische behandelingen onderscheidt naar hun voornaamste doelstelling. Wolberg spreekt dan respectievelijk over: reconstructieve, reëducatieve en ondersteunende vormen van psychotherapie. Afgaande op dit onderscheid en lettend waarop binnen de behandeling van een therapeutische gemeenschap het accent valt, kan men drie hoofdtypen onderscheiden. Ik wil proberen deze nu één voor één voor U te typeren.

De reconstructieve therapeutische gemeenschap

Als doelstelling binnen dit model staat centraal dat structurele veranderingen binnen de organisatie van de persoonlijkheid worden nagestreefd. Deze formulering duidt er al op dat er een sterke affiniteit bestaat tussen dit model en de psychoanalytische persoonlijkheidsopvatting. Bevorderen van het ontstaan van overdrachtsrelaties past nadrukkelijk binnen de werkwijze van dit type therapeutische gemeenschap; dat wil bijv. zeggen dat er een betrekkelijk grote tolerantie voor regressieve wensen en gedragingen moet bestaan en dat een aantal programma-onderdelen relatief ongestructureerd dient te zijn, juist met het doel regressie te doen optreden en te stimuleren. De psychoanalytische groepspsychotherapie in kleine groepen heeft hier de centrale plaats in de behandeling: dáár met name worden de vroeg-infantiele conflicten in de overdracht geactualiseerd, naar hun historische en actuele betekenis geïnterpreteerd en doorgewerkt. Andere therapievormen, zoals psychodrama en creatieve therapie, staan hier in hetzelfde perspectief: het losmaken van vroegere belevingen, het actualiseren van relaties met de ouders en het gezin van oorsprong en het uiten van gevoelens, zijn hierbinnen de centrale doelstellingen.

Milieutherapie heeft binnen dit model – behalve dat het bijdraagt tot een voldoende veilige werksfeer – de specifieke functie om een tegenwicht te bieden aan de anderzijds opgeroepen regressie: in de dagelijkse omgang met elkaar, in de gedeelde verantwoordelijkheid voor de gang van zaken in de kliniek, in patient-staff-meetings, wordt een appèl gedaan op het volwassen functioneren van de cliënten en wordt het uitageren van infantiele wensen en gevoelens gesignaleerd en besproken als weerstand tegen de behandeling. Het vinden van een optimaal evenwicht tussen tolerantie voor regressie en het stimuleren van integratieve mogelijkheden, lijkt voor dit type therapeutische gemeenschap de moeilijkste opgave. Ik meen, op grond van onze ervaringen de laatste jaren in Amsterdam, dat een dagbehandeling, gecombineerd met partnerrelatie- of gezinstherapie, juist voor het bewaren van dit evenwicht uitstekende mogelijkheden biedt.

Wat voorts kenmerkend is voor het reconstructieve model van de therapeutische gemeenschap, is de relatief lange opnameduur van tenminste zo'n anderhalf jaar, waarbij gewoonlijk een fixeren van de duur vóór af ongunstig wordt geacht. Het doormaken van een hechtingsfase bij opname en een ruime tijd om de losmakingsproblemen van de gemeenschap door te werken, worden als essentieel beschouwd met het oog op de problemen van de cliënten in de object-relatie-sfeer.

Het lijkt erop dat het reconstructieve model tot nu toe het ideale prototype is van de klinieken die als lid geaccepteerd zijn binnen de VWPG, ook al zijn binnen dit 'selecte gezelschap' al onderlinge verschillen te constateren.

De reëducatieve therapeutische gemeenschap

Binnen dit model staat als doelstelling voorop: het vergroten van de interactionele competentie van de cliënten. Theoretisch sluit het model vooral aan bij de persoonlijkheidstheorieën van Sullivan, Leary en Kelley, terwijl de behandelingsmethode verwantschap vertoont met sociaal-psychologische trainingsmethoden om interactioneel rol-gedrag bewust te maken en te verbreden. Groei en ontplooiing van de sterke kanten van de persoonlijkheid staan op de voorgrond. Vanuit deze doelstelling zal het behandelingsprogramma een overwegend gestructureerd karakter hebben, waardoor regressie wordt tegengegaan. De werkrelatie tussen staf en cliënten staat op de voorgrond en positieve overdrachtsrelaties worden bevorderd. De verschillende therapeutische activiteiten in de kleine groep, zoals groepstherapie en psychodrama, zijn vooral gericht op inzicht in het stereotype karakter van ieders interactioneel gedrag en op de consequenties hiervan, op confrontatie tussen de realiteit en eigen projecties en op oefening in meer adequaat relationeel gedrag. . .

De milieutherapie ligt binnen dit model helemaal in het verlengde van de psychotherapie: in groter verband worden in patient-staff-meetings en afdelingsbijeenkomsten dezelfde doelstellingen nagestreefd als in de kleine groepen. In beide bestaat er een sterke nadruk op beleving van het hier-en-nu, op interpersoonlijke feedback en op oefening en rol-leren. Binnen de doelstellingen van het reëducatieve model van de therapeutische gemeenschap, passen een relatief korte en uniforme behandelingsduur (van 3 tot 6 maanden) en het werken met gesloten groepen die gezamenlijk het gestructureerde behandelingsprogramma als een soort levens-leerschool doorlopen.

Het reëducatieve model lijkt in een aantal opzichten het Engelse ideaal van een therapeutische gemeenschap, zoals dat boven besproken werd, het dichtst te benaderen. De groepspsychotherapie heeft hier minder een aparte, specifieke plaats en functie naast de andere activiteiten in de gemeenschap, en er ligt een sterke nadruk op de exploratie van actuele interacties en op het experimenteren met nieuw rolgedrag. De therapeutische gemeenschappen voor ex-drugverslaafden in ons land, zoals de Emiliehoeve, lijken meer bij dit model aan te sluiten, evenals een groot aantal (dag)klinieken en (dag)centra, die als therapeutische gemeenschappen georganiseerd zijn zonder lid te zijn van de VWPG.

De ondersteunende therapeutische gemeenschap

Ik ben haast geneigd bij de introductie van dit model te schrijven 'last but not least', want als wij luisteren naar de behoeften van huisartsen en andere eerstelijnswerkers, zou binnenkort aan therapeutische gemeenschappen van dit type wel eens de meeste behoefte kunnen bestaan. Als doelstelling voor deze therapeutische gemeenschappen staat voorop: de verlichting van symptomen, het tot rust komen na een chaotische crisissituatie, en het weer in staat worden gesteld aan het dagelijks leven in gezin en werk deel

te gaan nemen. Crisisinterventiemethodieken en de groeiende literatuur over korte, directieve psychotherapie – m.n. in gezinnen – zijn voor dit model bij uitstek relevant. Hieruit volgt al min of meer dat het bij dit type therapeutische gemeenschap van het allergrootste belang is om de dagelijkse leefomgeving van de cliënt bij de behandeling te betrekken. De grote groep en de daarin beleefde ondersteuning en solidariteit met elkaar, staan naar mijn idee in dit model centraal. De functie van de gemeenschap is hier primair: het doorbreken van een dreigend isolement, van etikettering als ziek of gek – en op deze manier chronische decompensatie tegen te gaan. Psychotherapie in kleinere setting, zal binnen zo'n gemeenschap veelal gezins- of networktherapie zijn of ook 'multiple-family-therapy'. Andere activiteiten in kleine groepen dienen primair gericht te zijn op oefening in het vervullen van sociale rollen in het dagelijks leven van de cliënten.

Milieutherapie kan in dit model een belangrijke functie vervullen in het resocialiseren van de cliënten, hen stimuleren weer interesse op te vatten in activiteiten die niet direct met hun probleemwereld te maken hebben. In patient-staff-meetings zullen de cliënten bij voorkeur als groep worden aangesproken, waarbij zij de gelegenheid krijgen om gemeenschappelijke preoccupaties te uiten: klachten over de gang van zaken in de kliniek, gevoelens van falen en schaamte i.v.m. hun decompensatie en opname. Een gestructureerde aanpak, inclusief een duidelijk rolonderscheid tussen stafleden en cliënten, lijkt binnen dit model te passen, omdat dat de veiligheid vergroot, duidelijk houvast biedt en op die manier een angstreducerend effect heeft. Het lijkt erop dat dit ondersteunende model van de therapeutische gemeenschap in ons land vooral gerealiseerd wordt binnen de psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen.

Wat is een therapeutische gemeenschap?

Het zou mij niet verbazen als een aantal leden van de VWPG zich bijv. bij het zojuist geschetste ondersteunende model afvragen of hier nog wel terecht van een therapeutische gemeenschap wordt gesproken. Het lijkt daarom goed nog eens de definitie van Maxwell Jones uit 1956 in herinnering te roepen, die het doel van de therapeutische gemeenschap omschrijft als: 'de aanpassing van het individu aan zijn sociale omgeving en zijn werkomstandigheden, zonder enig ambitieus psychotherapeutisch programma'. Hij was er in ieder geval van overtuigd dat er niet één model van een therapeutische gemeenschap bestaat, maar dat voor verschillende staven en voor verschillende groepen cliënten, ook heel verschillende typen therapeutische gemeenschappen realiseerbaar zijn. Daarbij achtte hij het enthousiasme van de staf een factor van doorslaggevend belang voor het slagen van een therapeutische gemeenschap; dat klinkt ons toch wat wonderlijk in de oren. . .

De hechte alliantie die in Nederland bestaan heeft tussen de ontwikkeling van de therapeutische gemeenschap en van de psycho-

therapie als professionele activiteit, heeft ons in zekere zin ook in een merkwaardig parket gebracht. In zijn historische ontwikkeling heeft de therapeutische gemeenschaps-beweging een revolutionaire rol gespeeld in de opvattingen over de benadering van psychiatrische patiënten. Men kan zeggen dat binnen deze beweging is geprobeerd de consequenties te trekken uit het langzamerhand gegroeide inzicht in het fundamenteel interactionele karakter van het menselijk gedrag en bestaan. Wie dat gezichtspunt onderschrijft moet immers tot de conclusie komen dat er geen manier is om menselijk gedrag – en dus ook gedrag van psychiatrische patiënten – te veranderen, zonder dat wij zelf als 'behandelaars' aan dat veranderingsproces deelnemen. De traditionele waarden van de therapeutische gemeenschaps-ideologie, zoals democratisering, open communicatie en realiteitsconfrontatie, zijn de vertaling van dit inzicht. Het lijkt mij een onontkoombare conclusie dat aan die inspiratie binnen het Engelse ideaal van de therapeutische gemeenschap meer principieel is vastgehouden dan in ons land. De Engelsman Harold Bourne getuigde vorig jaar nog eens van die inspiratie, toen hij de therapeutische gemeenschap typeerde als 'een gemeenschap waarbinnen iedereen een therapeutische rol en een therapeutische verantwoordelijkheid heeft'. De ontwikkeling van de psychotherapie als professionele activiteit, zoals die zich de laatste jaren in ons land voltrekt, staat met dit ideaal toch enigszins op gespannen voet. Commentaar leverend op deze tendens tot professionalisering, schreef de socioloog de Swaan (1978) bijv. 'Psychotherapeuten zijn mensen die de vraag: 'zijn wij niet allemaal psychotherapeuten'? uitdrukkelijk beantwoorden met 'nee'. Zo lijkt het erop dat binnen de Engelse Association of Therapeutic Communities en binnen de Nederlandse VWPG de twee polen vertegenwoordigd zijn van het spanningsveld waarbinnen de therapeutische gemeenschap zich op dit ogenblik bevindt. Juist daarom lijkt mij het contact tussen beide verenigingen, zoals dat in Windsor plaats vond, wederzijds inspirerend. De uitdaging ligt er: om aan onze psychotherapeutische deskundigheid zódanig vorm te geven dat aan cliënten een maximale eigen verantwoordelijkheid wordt gegeven. Op deze manier gesteld, lijkt mij dat er in feite geen tegenstelling bestaat tussen de vakmatige beoefening van de psychotherapie en het ideaal van de therapeutische gemeenschap.

In het streven naar maatschappelijke erkenning van het beroep van psychotherapeut wordt nu wel veel nadruk gelegd op onze specialistische deskundigheid. Overal in onze samenleving zien wij de tendens dat specialisten op allerlei gebied leken te hulp komen bij het oplossen van hun problemen. De psychotherapeut lijkt in deze reeks van experts zijn plaats te gaan innemen. Maar wij moeten daarbij toch niet uit het oog verliezen dat de psychotherapeutische deskundigheid juist bestaat in het vermijden van autoritaire relaties, in het aan de cliënt zijn eigen verantwoordelijkheid laten, ja hem daartoe oproepen. Per slot van rekening betreft het hier toch, zoals wij allemaal weten, een merkwaardig soort van des-

kundigheid, waarbij het prototype van de deskundige expert tegenover de onmondige leek totaal niet opgaat. Om dat duidelijk te maken, hoef ik maar te herinneren aan de doelstelling, die Freud destijds aan de psychotherapie gesteld heeft. De hele wetenschappelijke en maatschappelijke ontwikkeling van ons vak ten spijt, blijft dat een formulering die mij zowel zeer waarachtig als bescheiden in de oren klinkt: 'neurotisch lijden veranderen in menselijk ongeluk'. Maar wat stelt dat nu voor als professionele deskundigheid? Mensen die zich niet willen realiseren wat hun overkomen is en aangedaan, proberen daar inzicht in te geven; die ontkennen wat zij missen en lijden, dat laten voelen; die liever niet willen weten wat zij doen, daarvoor verantwoordelijk stellen. Dat is zonder hun medewerking en inzet toch een uitzichtloze onderneming? De waarden van de therapeutische gemeenschaps-beweging vormen, zoals ik al zei, de uitdrukking van het inzicht, dat cliënten niet veranderen doordat wij op een andere manier met hen omgaan dan zij gewend zijn of geleerd hebben. Die andere manier bestaat primair hierin dat wij samen met hen verantwoordelijkheid willen delen. De nadruk hierop kenmerkt de therapeutische gemeenschap, volgens welk model ook werkzaam, maar dit-zelfde streven dient ook iedere vorm van psychotherapie te kenmerken. Hoe beter wij er in onze omgang met cliënten in slagen reëel verantwoordelijkheid met hen te delen, des te professioneler is onze psychotherapeutische benadering.

Literatuur

- Clark, D. H. (1965), *The Therapeutic Community Concept, Practice and Future*, *Brit. J. Psychiat.*, 111.
- Hinshelwood, R. D. & Manning, N. (1979), *Therapeutic Communities, Reflections and Progress*. Routledge & Kegan, London.
- Langs, R. (1976), *The Bipersonal Field*. Aronson, New York.
- Manning, N. (1976), *Values and Practice in the Therapeutic Community*, *Human Relations*, 29.
- Mentzos, S. (1976), *Interpersonale und institutionalisierte Abwehr*. Suhrkamp Verlag, Frankfurt a.M.
- Rapoport, R. (1960), *Community as Doctor*. Tavistock Publications, London.
- Swaan, A. de (1978), Beroepsvorming in de psychotherapie, *M.G.V.* 33.
- Wolberg, L. R. (1967), *The Technique of Psychotherapy*, 2d ed. Grune & Stratton, New York.