

De therapeutische gemeenschap en de maatschappij van morgen*

door Dr. P. Bierenbroodspot**

Momenteel zijn wij intensief bezig met de maatschappij van morgen, niet alleen omdat wij in ons werk langzamerhand een *blauwdruk* zien verschijnen van wat ééns de geestelijke gezondheidszorg zal zijn, maar ook, omdat wij bij het ontwerpen en verder ontwikkelen van die blauwdruk zo direct betrokken zijn. Ik heb mijn onderwerp dan ook gekozen omdat ik de relatie tussen de therapeutische gemeenschap, de psychiatrische kliniek, en de maatschappij-daarbuiten daar bij zo bijzonder belangrijk vind. Daarbij geeft mij dit onderwerp de gelegenheid om in te gaan op een aantal bezwaren of kritiekpunten, welke t.a.v. de therapeutische gemeenschap vaak naar voren worden gebracht. Dit klemmt des te meer, omdat ik meen, dat de therapeutische gemeenschap-gedachte juist een belangrijke rol zou kunnen spelen bij de totstandkoming van en vormgeving aan de toekomst, voor zover (uiteraard) het de psychiatrie en aanverwante artikelen betreft. Ik zeg met nadruk *kàn*, omdat het niet à priori vaststaat, dat de therapeutische gemeenschap soepel genoeg zal zijn om zodanig te evolueren, dat zij zichzelf niet buitenspel zet. Welke *bezwaarpunten* t.a.v. de therapeutische gemeenschap worden zoal genoemd? Wij zullen bij het opsommen van enkele van deze punten zien, dat juist de relatie kliniek-maatschappij daarbij steeds weer aan de orde wordt gesteld.

Ik noem op:

1 — 'Je moet neurotici — casu quo psychotici — niet in een kliniek opnemen, maar hen *'in het veld'*, in de maatschappij, d.w.z. *in het werk en in het gezin* behandelen'. Deze mening werd o.a. door Romme (1) en meer recentelijk door Foudraine (2), naar voren gebracht.

2 — 'De therapeutische gemeenschap is niet therapeutisch, hoogstens humaniserend, er is geen uitgewerkte technologie, geen duidelijke doelstelling t.a.v. herstel en heraanpassing; de aanpassing aan de maatschappij wordt verwaarloosd, met als gevolg terugval'. Nuyens en Ampe 3, 4), in navolging van Rapoport (5), verkondigen deze mening.

3 — Van maatschappij-kritische kant hoort men een ander geluid,

* Lezing gehouden voor de Vlaamse Vereniging van Psychologie op 25 september 1971 te Brussel.

** Psychotherapeut, destijds werkzaam in 'De Oosthoek' te Limmen (thans Prov. Ziekenhuis Santpoort, afdeling Rijnland).

hier heet het: 'er wordt juist *te veel* aandacht aan de maatschappij-aanpassing geschonken, jullie kweken meelopers van de bestaande maatschappelijke orde, omdat jullie zelf meelopers zijn', een geluid, dat in alle toonaarden op het internationale psychotherapiecongres van 1970 in Milaan kon worden gehoord.

4 — De kliniek is te geïsoleerd, te ver weg van het dagelijks gebeuren, het sociale systeem verschilt te veel van het dagelijks leven, de patiënten worden veel te veel in de watten gelegd, de selectie van de therapeutische gemeenschap is ook te groot en dient daardoor niet de maatschappij, de kliniek heeft inmiddels zijn tijd wel gehad, is hoogstens nog goed voor cerebraal gestoorden van diverse plui-mage, het medisch model is achterhaald, de patiënten moeten op-houden patiënt te zijn, ophouden zich achter het medisch-bureau-cratisch systeem te verschuilen, enz. enz.

D.w.z. er is vrij ernstige kritiek op a) de relatie van de therapeuti-sche gemeenschap (als kliniek) t.o.v. de maatschappij, en b) de rol en functie van de therapeutische gemeenschap *in* deze maat-schappij.

Wij willen deze kritiekpunten voor het moment laten voor wat zij zijn, later komen wij er opnieuw op terug. Thans willen wij, alvorens ons over te geven aan allerlei bespiegelingen aangaande de toekomst van de psychiatrie, onszelf een aantal vragen stellen, die direct met ons onderwerp te maken hebben. Wij vragen ons af:

1 — hoe is *momenteel* de relatie tussen de therapeutische gemeen-schap (of de psychiatrische kliniek) en de maatschappij? (waarbij wij de inrichting met zijn opberg-functie nu maar buiten beschou-wing laten);

2 — hoe ontwikkelt zich de maatschappij — of liever (wat beschei-dener) hoe ontwikkelt zich de behoefte van de maatschappij t.a.v. de geestelijke hulpverlening?

3 — hoe is de te verwachten (en gewenste) ontwikkeling van de therapeutische gemeenschap in verband met deze maatschappelijke ontwikkeling? Hoe is te voorkomen, dat de therapeutische gemeen-schap de aansluiting met de maatschappij gaat missen, waardoor zij in een wèrkelijk geïsoleerde positie dreigt te komen;

4 — hoe kan de rol, de invloed of de hulp zijn, welke van de thera-peutische gemeenschap uitgaat bij de vormgeving aan de geestelijke hulpverlening in de toekomst? (Wij denken daarbij zowel aan in-stituten van extramurale zorg, welke in de maatschappij op stapel staan en waarbij de principes van de therapeutische gemeenschap op een of andere manier toepassing zouden kunnen vinden, als ook aan de hoogst noodzakelijke en nog nauwelijks op gang gekomen zijnde hervorming van het psychiatrisch ziekenhuis tot werkelijk behandelingsinstituut;

maar vóór alles willen wij ingaan op de meest primaire en onver-mijdelijke vraag:

5 — wat *is* nu eigenlijk de therapeutische gemeenschap?

Het begrip 'therapeutische gemeenschap'

Het is opmerkelijk, dat in de literatuur de therapeutische gemeen-schap bijna altijd wordt benaderd via het opstellen van een aantal

kenmerkende principes of karakteristieken, zoals b.v. democratisering, realiteits-confrontatie, permissiviteit of social learning. (Ik besef daarbij goed, dat ik mijzelf eveneens aan deze gewoonte heb schuldig gemaakt). (6) Men kan zich afvragen, wat hiervan de oorzaak is. Eén van de redenen lijkt mij te zijn, dat de aard van de therapeutische gemeenschap moeilijk op een andere manier overdraagbaar is, d.w.z. dat het voornamelijk gaat om het beschrijven van een sociaal gebeuren, dat in de term 'gemeenschap' opgesloten zit, en dat zich derhalve slechts in termen van een aantal sociale kwalificaties laat vatten. Daarnaast is het echter ook zo, dat de therapeutische gemeenschap in de praktijk zo verschillend van aanzien kan zijn. Dit komt allereerst, omdat de *situatie ter plaatse* zo kan verschillen, en deze situatie anderzijds juist een beslissende invloed heeft op de praktische uitwerking van de kliniek. Zo is het van belang te weten of de therapeutische gemeenschap al of niet tegen een moeder-instituut zit aangeleund, hoe groot de afstand tussen beide (ook in geografische zin) is, het is van belang of wij te doen hebben met een gevangenis of delinquentenkliniek, welke principieel anders geaard is dan de (open) neurosekliniek of het jeugdpsychiatrische centrum. Zelfs de invloed van de architectuur van de ter beschikking staande gebouwen is groot en vaak bepalend voor de praktische uitwerking.

Naast de invloed van de onderling verscheiden situatie is de *doelstelling* in de praktijk eveneens zeer verschillend van aard. Allereerst zij opgemerkt, dat de therapeutische gemeenschap *ten onrechte* vaak vereenzelvigd wordt met de psychotherapeutische kliniek: als methode ter verbetering van de algehele sfeer kan het principe van de therapeutische gemeenschap zeer wel onder geheel andere omstandigheden worden toegepast, b.v. in gevangenissen, in tehuizen, in hospitalen enz. Hier staat het agogisch element, het opengooien van latent aanwezige spanningen en conflicten, een humanisering dus, voorop.

Maar ook binnen de psychotherapeutische kliniek kan de doelstelling verschillen. Al naar gelang de aard van de te behandelen patiënten kan het beoogde therapeutische doel een oppervlakkige aanpassing zijn, een 'social learning' of een diepergaande karakterverandering. De vraag naar 'de' doelstelling van de therapeutische gemeenschap lijkt dus een beetje onzinnig, wanneer men tenminste een exact antwoord verwacht: dit antwoord moet noodzakelijkerwijs vaag blijven, zolang de vraag niet nader wordt gepreciseerd, zoals ook de vraag naar de mogelijkheden van een instrument alleen een antwoord naar de functie open laat (op de vraag, waarvoor een hamer dient, kan men niet méér verwachten dan het antwoord, dat men ermee kan slaan; wát getimmerd wordt, hangt af van de timmerman). Dit laatste houdt natuurlijk niet in, dat binnen een bepaalde kliniek geen duidelijke doelstelling aanwezig is (of moet zijn). Zo is in 'De Oosthoek' te Limmen de doelstelling therapie, namelijk het bereiken van ik-veranderingen bij vrij diepgaand karakterneurotisch gestoorde mensen, het doel is verbetering van het aanpassingsvermogen, een betere sociale aanpassing gaat daarmee meestal gepaard. De therapeutische gemeenschap is in dit kader

hulpmiddel, dat een zo gunstig mogelijk klimaat schept voor de therapie, vaak een essentiële rol speelt in het genezingsproces, zonder dat wij het gevoel hebben, dat het *op zichzelf* genezing brengt. Maar daarover later.

De gebezigde karakteristieken, zoals democratisering, permissiviteit of realiteitsconfrontatie, brengen ook verwarring, omdat zij stammen uit een verschillend *referentiekader*. Soms slaan zij op een sociaal gebeuren, zoals de beschrijving van het gebezigde model, van de wijze van interactie of van de besluitvorming — items zoals democratisering, communalisme, *shared leadership* enz. slaan hierop. Soms echter duiden zij op een therapeutische attitude, b.v. realiteitsconfrontatie, permissiviteit enz. Zelf heb ik getracht de principes van de therapeutische gemeenschap zoveel mogelijk in een therapeutisch kader te plaatsen, b.v. door van het principe van democratisering de therapeutische kwaliteit aan te geven.

Maxwel Jones (7) (1960) geeft als algemene beschrijving van de therapeutische gemeenschap het volgende: 'The term 'therapeutic community' originally applied to psychiatric hospitals or special units with a particular type of social organisation. Instead of the familiar hierarchical, authoritarian organisation associated with hospitals in general, the therapeutic community aimed at a more democratic, egalitarian type of social structure. The aim was to bring about the optimal use of the potential within the staff, patients and relatives, for the betterment of the patient population' —. Wij zien dus: termen van sociale organisatie en therapie lopen hier reeds door elkaar, tekenend hoezeer het een met het ander verbonden is! Om mijn betoog nu wat levendiger te maken, wil ik enkele principes toelichten aan de praktijk van de therapeutische gemeenschap, waar ik werkzaam ben, namelijk 'De Oosthoek' te Limmen, een psychotherapeutisch instituut met een klinische opname-capaciteit van 45 patiënten.* Deze wonen in een woongebouw, waarin zich een groot gedeelte van het gemeenschapsleven afspeelt. In een tweede gebouw, het therapie- of stafgebouw, worden de therapieën gegeven: psychotherapie, creatieve therapie, bewegingstherapie, psychodrama, alsmede de maatschappelijke en psychologische begeleiding in de relatie met de maatschappij; het gezin, het huwelijk, en het werk. Wat het laatste betreft: vooral de begeleiding van de beroepskeuze en de effectuering daarvan.

Na aanvankelijke aarzeling op dit punt staat de therapie sinds eind '68 sterk in het teken van de groepsaanpak, zowel in het woonhuis als in het therapie-gebouw. Dit geldt ook voor de creatieve- en bewegingstherapie. Individuele gesprekken beperken zich tot acute opvang bij moeilijkheden of noodsituaties, en tot een 14-daags evaluatiegesprekje.

Wat komt nu in 'De Oosthoek' van het principe van *democratisering* terecht? Allereerst wordt zij door de staf gezien als een belangrijk therapeutisch vehiculum: regressieve tendensen en de gratificatie van een te sterke afhankelijkheidsbehoefte, waartoe het

* De getekende situatie geeft uiteraard de toestand weer ten tijde van deze lezing (red.).

verblijf in de kliniek zozeer noodt, worden tegengegaan door het accentueren van de *eigen* verantwoordelijkheid van de patiënt, door het gevoel dat hem gegeven wordt, dat hij *niet* steeds terug kan vallen op de almachtige staf (als ouderfiguur, die alles opvangt). Voor vele patiënten is dit een geheel nieuwe ervaring. Autoriteitsconflicten doen zich daarbij in deze setting in minder ernstige mate voor, omdat de zin en betekenis van bepaalde maatregelen voortdurend in allerlei besprekingen aan de orde wordt gesteld, en de patiënt het gevoel heeft deze regels zelf te moeten opstellen. (Wanneer men denkt, dat de patiënten in het algemeen trappelen van ongeduld om het heft zelf in handen te nemen, heeft men het mis, de weerstand hiertegen is meestal bijzonder groot). In de praktijk vindt regelmatig, d.w.z. dagelijks overleg plaats van de sociotherapeuten met de groep, in groter of in kleiner verband, 1 x per week is er een 'community meeting', waaraan alle patiënten en stafleden deelnemen. Dit is een soort forum van de gehele gemeenschap, waar de belangrijkste punten ter sprake komen. Door de patiënten is een *groepsraad* (of patiëntenraad) gekozen, welke voor een deel de dagelijkse leiding in het woonhuis in handen heeft. Over de taak van deze groepsraad is steeds overleg gaande, zij wisselt en omvat momenteel o.m.: het opstellen en uitvoeren van allerlei leefregels, het bestraffen (via sancties) van hen, die deze regels overtreden (in de sanctie ligt een groepsoordeel opgesloten, het is opvallend hoe zwaar op zichzelf lichte sancties door de betrokken patiënten worden opgevat), verder het beoordelen van de voortgang van de behandeling van alle patiënten (allen passeren tweemaandelijks de revue), overleg over ontslag en het beoordelen van nieuwelingen bij het intake-onderzoek (elke nieuw-aangemelde komt vóór opname één dag op proef, waarna hij zijn motivatie voor de behandeling schriftelijk vastlegt). Ook bemoeit de groepsraad zich met regels, die t.a.v. bepaalde patiënten worden gesteld, b.v. in verband met vakantie of verlof in het weekend (zoveel mogelijk gaat iedereen elk weekend naar huis).

In het begin bestond in 'De Oosthoek' de neiging om alle beslissingen in de totale gemeenschap — staf en patiënten tesamen — te nemen. Ik heb dit systeem beschreven als 'sharing of power' tegenover een delegatiesysteem. Steeds duidelijker werd, dat door de ongelijke status van staf en patiënt, door de informele invloed van de staf, deze procedure van 'sharing' in de praktijk leidt tot een uitholling van een werkelijke democratisering en daarmee van de beoogde therapeutische doeleinden. Wij zijn dus overgegaan tot een systeem van delegeren: de patiënten moeten hun problemen meer zelf uitzoeken, zonder de voortdurende hulp en aanwezigheid van de staf. De stafleden worden hierdoor van machtsdragers meer *procesbewakers*, die de problemen signaleren, voorleggen, maar niet oplossen. Deze ontwikkeling wordt ook door Jongerius (8) voorgestaan, bij Foudraine kan men lezen, hoe moeilijk vele stafleden ertoe te brengen zijn hun traditionele rol van helper, verzorger en redder-in-nood op te geven; dit is in de kliniek in feite een voortdurende strijd. Democratisering wordt dus vooral gezien in (therapeutische) relatie met oraal-dependente en regressieve verlangens van de pa-

tiënt, welke als ik-ondermijnend terug gedrongen moeten worden. Bij onze patiënten met hun vaak zwakke ik-structuur blijkt dit een zeer werkzaam therapeutisch mechanisme te zijn: zij komen veelal uit een categorie van mensen, die in de maatschappij *eveneens* hun sterke afhankelijkheidsbehoefte (en de bevrediging daarvan in gezin, via sociale wetgeving, of via het zich terugtrekken in alcohol-en druggebruik) konden uitleven. Een doorbreken van dit patroon is een eerste vereiste voor een succesvolle behandeling.

Een tweede principe, dat ik aan de orde wil stellen, is de *realiteitsconfrontatie*. Dit wordt soms opgevat in de zin van: 'de patiënten de realiteit voorhouden'. Dit voorhouden van de realiteit leidt echter naar onze ervaring snel tot de ons zo bekende oude kostschoolhouding: de patiënt wordt door de staf de les gelezen. Wij vatten het begrip realiteitsconfrontatie dan ook anders op, namelijk als: de patiënten confronteren met de consequenties van hun eigen gedrag, zonder verder kapittelen. Wanneer de patiënten b.v. corveeploegen hebben ingesteld en het corvee laat het daarop afweten, omdat ieder het werk aan de anderen overlaat, dan is de consequentie dat de kok niet kan koken en er dus geen maaltijd op tafel kan verschijnen. De consequentie hiervan leidt tot een gesprek over de corveeploeg en tot het aanspreken van bepaalde figuren, die blijken zich steeds weer aan de regels van de gemeenschap te onttrekken, en wel vindt dit aanspreken *door de groep zelf* plaats in plaats van door de staf. Een belangrijker en typisch voorbeeld van de realiteitsconfrontatie is misschien de oplossing van het *werkprobleem* in de kliniek geweest. Aanvankelijk lag het accent in 'De Oosthoek' sterk op de vrije expressie, welke de gehele dag door plaats vond, of althans, plaats had moeten vinden. (Het valt niet mee de gehele dag door creatief te zijn, wanneer je daaraan niet gewend bent). Werken was voor vele patiënten een uitermate vies woord, hetgeen door de staf ongemerkt werd gestimuleerd. Toen wij, ontevreden met deze situatie, arbeidstherapie overwogen, werd deze in zijn klassieke vorm afgekeurd, vooral omdat door de staf dan direct (intramuraal) een oplossing werd geboden in overeenstemming met de slechte tradities van het gesticht. Wij zijn toen uitgegaan van een andere gedachte, namelijk 'stel het probleem, maar biedt geen oplossing'. Het programma werd daarop dienovereenkomstig gewijzigd: 's morgens therapie, 's middags *niets*, d.w.z. dat de patiënten werden geconfronteerd met hun zijn in de kliniek, met de *mogelijkheid* om buiten te gaan werken, met de angsten daarvoor en met alle vragen daaromheen. De meeste patiënten, die wat verder zijn, hebben nu een baantje buiten, werken heeft een veel positiever betekenis gekregen, en wordt in ieder geval als een (maatschappelijk) probleem gevoeld. De door Rapoport beschreven en in de aanvang ook door ons geconstateerde onverwachte terugval na ontslag is hierdoor drastisch veranderd: een onverwachte terugval zien wij niet meer zoveel, wel uiteraard een gebrek aan vooruitgang in de kliniek bij een aantal patiënten — d.w.z. dat er momenteel minder maskering van de therapeutische problemen, en naar wij menen, minder schijngezondheid, plaats vindt.

De huidige relatie tussen kliniek en maatschappij

Dit laatste voert mij tot het tweede punt, de huidige relatie tussen kliniek en maatschappij. Ik moet ook hier kort zijn, en stip slechts enkele punten aan. Met name laat ik de specifieke problemen van de psychiatrische inrichting nu verder buiten beschouwing.

De relatie tussen de kliniek en de maatschappij is terug te vinden in de formulering: 'de kliniek is zowel cultuur op zichzelf, als ook subcultuur van de maatschappij'. Dit vereist nadere toelichting. De kliniek is *cultuur op zichzelf* voorzover zij gebruik maakt van een bepaald sociaal model, dat maar ten dele gelijk is aan de maatschappij en dat een eigen leven leidt in betrekkelijk isolement. De opname is voor de patiënt voorwaar geen geringe ingreep: hij is wèg uit zijn gezin (dat soms opgelucht herademt, soms ook heftig in verzet komt tegen de opname), hij is wèg uit zijn werk, hij heeft in verband daarmee sterk het gevoel gefaald te hebben, hij wordt bovendien belast met het negatieve odium van een psychiatrische opname (al wordt dit laatste door de patiënten soms sterker gevoeld dan het in werkelijkheid is). In de kliniek voelt hij zich al spoedig opgenomen temidden van een groep lotgenoten, hij trekt zich terug in deze nieuwe omgeving, deze nieuwe cultuur, waarin hij zijn gang kan gaan en waarin hij zich thuis kan voelen. Stewart Miller c.s. (9, 10) heeft dit fenomeen, in zijn meest uitgesproken vorm, beschreven als '*magic-mountain-effect*' in navolging van Thomas Mann's Zauberberg, waarin dit terugtrekken in het eigen wereldje zo voortreffelijk wordt beschreven. Naast dit eiland-aspect, de cultuur-op-zichzelf, houdt de kliniek natuurlijk allerlei banden met de maatschappij, waarvan zij een onlosmakelijk onderdeel is, een *subcultuur*. De kliniek heeft een taak, de behandeling; in de maatschappij wachten steeds nieuwe patiënten op opname, op een grotere doorstromingssnelheid wordt van buitenaf op de staf steeds druk uitgeoefend. De patiënt zelf wordt ook met het subcultuur-zijn van de kliniek geconfronteerd, hij *blijft* op allerlei manieren onderhevig aan het maatschappelijk normensysteem, b.v. t.a.v. seks en drugs. De kliniek ondervindt de invloed van de maatschappelijke veranderingen in het groot, maar ook — in het klein — van het gezin, dat om deze reden steeds vaker bij de behandeling wordt betrokken via gezinstherapie of sociale begeleiding. Het contact met de maatschappij wordt in de kliniek als erg belangrijk gezien, het isolement in het algemeen als een bedreiging, al blijft een zeker isolement voor een bepaalde patiënt in een bepaalde fase van zijn behandeling wèl noodzakelijk. Het contact met de maatschappij wordt bevorderd door het werken buiten de kliniek, voorts door het aanmoedigen van het aangaan van sociale contacten (b.v. in clubverband) in de vrije tijd. Op macrosociaal niveau wordt, vooral ook door de patiënten zelf contact gelegd, b.v. door image-verbetering via radio of pers. Ook wat de behandeling betreft is er op macrosociaal niveau een contact noodzakelijk b.v. met de G.M.D., het medisch uitvoeringsorgaan van de W.A.O.: in regelmatig overleg kan hierdoor de behandeling en revalidatie ook financieel-technisch mogelijk gemaakt worden.

Het contact met de maatschappij is niet alleen belangrijk vanuit het

oogpunt van revalidatie, ook zuiver psychotherapeutisch zijn hier voor argumenten te vinden, waarop wij elders uitvoeriger hopen in te gaan. Wij menen namelijk, dat zich in het therapeutisch proces in de kliniek *fasen* voordoen, welke zijn op te vatten in termen van hechting en onthechting. De kliniek-als-instituut treedt op als een soort moeder-representant, met wie tijdens het verblijf door de patiënt een hechting of symbiose wordt aangegaan. In de maatschappij zien wij een dergelijk fenomeen, wanneer iemand, van baan veranderend, op een gegeven moment over zijn nieuwe werkring niet langer spreekt in termen van: 'Zij doen het daar zus of zo', doch 'Wij doen het zo', d.w.z. dat bij de overgang van 'zij' naar 'wij' een emotionele fusie heeft plaatsgevonden. De fasen in onze behandeling hebben hiermee te maken: achtereenvolgens zien wij een fase van hechting aan de kliniek (en onthechting aan de maatschappij), een symbiotische fase, waarin de emotionele problemen kunnen worden doorgewerkt, en tenslotte een fase van *onthechting* aan de kliniek en hernieuwde hechting in de maatschappij. Wij zien, dat mensen met een bepaalde karakterstoornis moeite hebben met een bepaalde fase van de behandeling: b.v. hebben schizoiïde mensen moeite met de hechtingsfase, en depressieve mensen moeite met de onthechting, welke respectievelijke fase dan geprotaheerd verloopt. Wij menen (in navolging van o.a. Bion), dat de hechting — als dyadisch proces — een zeer belangrijk moment is in de behandeling, klinisch zowel als poliklinisch, vooral voor mensen met een zwakke ik-structuur. Klinisch treedt de relatie met de maatschappij, zowel vóór als tijdens het verblijf in de kliniek, als essentiële hefboom voor de behandeling naar voren, zij is daarmee dus *niet alleen* van belang voor revalidatie en heraanpassing.

De toekomstige ontwikkeling van de geestelijke gezondheidszorg

In twee voortreffelijke artikelen werd door Trimbos (11, 12) aangegeven, welke veranderingen momenteel bezig zijn zich te voltrekken op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg. Uitgangspunt van deze ontwikkeling is volgens Trimbos de verandering van onze maatschappij in een welvaartsmaatschappij, waarin de behoefte aan *welzijn* steeds stijgt en de geestelijke gezondheidszorg steeds minder een luxe-voorziening wordt. Men kan hieraan toevoegen, dat de ingrijpende politieke veranderingen en de steeds duidelijker wordende, dodelijke gevaren van de moderne, getechnologiseerde welvaartsstaat, plus de wereld-omvattende overbevolking met alle problemen vandien, een grote onrust en een omwenteling in het denken teweeg brengen, waarbij men steeds minder geneigd is de traditionele gezagsdragers op hun woord te vertrouwen.

In de veranderingen op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg kan men twee belangrijke aspecten onderscheiden, namelijk veranderingen in het *denken*, over de hulpverlening en veranderingen in de *organisatie* daarvan.

De verandering in het denken wordt samengevat in de uitspraak: het *medisch model* van de psychiatrie is verouderd, een psychosociaal model wordt voorgesteld. De consequenties van het medisch

model worden o.a. door Foudraine duidelijk uitgelegd. Hoewel onder de term 'medisch model' zeer verschillende dingen worden verstaan, komt het erop neer, dat psychisch-gestoord zijn niet langer kan worden opgevat in termen van (medisch) ziek-zijn, in een ziekte-conceptie dus. Het is niet juist, dat iemand met een sociaal afwijkend gedrag zich zonder meer op 'ziekte' kan beroepen, zich daarmee onttrekkend aan een gunstige sociale beïnvloeding. Het medisch model richt zich, in extremo uitgedrukt, op het lichaam, op de hersenen, die afwijkingen zouden vertonen, zonder dat verder wordt ingegaan op de toch niet onbelangrijke vraag, of misschien van de hersenen een verkeerd gebruik wordt gemaakt. Het medisch model legt het accent sterk op het individuele, het intra-psychische; psychoanalyse en psychotherapie zouden in dit opzicht typische uitvloeisels zijn van het medisch-model-denken (en dus verwerpelijk). Bepleit wordt een sociaal- of interactiemodel met het accent op het interpersoonlijke of zelfs macrosociale, dat (men durft het woord bijna niet meer uit te spreken) 'ziek makend' wordt geacht te zijn. De overgang van een medisch naar een sociaal model zet de psychiatrie (en dus de psychiater) op losse schroeven, alsmede zijn paramedische helpers, allereerst de verpleging, het klassieke ziekenhuis, en — meer in het algemeen — de medische suprematie. In plaats van deze medische suprematie zal *team-arbeid* met een gelijke inbreng van vele deskundigen steeds belangrijker worden, waarbij de aandacht zich van de patiënt naar de populatie in het algemeen verplaatst.

Een tweede verandering in de geestelijke volksgezondheid betreft, zoals gezegd, de *organisatie*, die erop berekend zal moeten zijn grote aantallen mensen, die om hulp komen, op te vangen. Trimbos geeft fantastische cijfers: in Nederland zijn momenteel een 25.000 psychiatrische 'bedden', doch 1/4 tot 1/5 van de bevolking zou zo ernstige stoornissen vertonen, dat zij in een aantal levensgebieden niet meer normaal kan functioneren, 1 à 2 miljoen Nederlanders zou psychiatrische hulp in een of andere vorm nodig hebben. Deze berekening is gebaseerd op o.a. Engelse en Amerikaanse onderzoeken. Een reorganisatie van de huidige structuur is dan ook nodig, waarbij de bovenomschreven team-vorming een integratie en regionalisatie noodzakelijk maakt. Tevens dient, zowel met het oog op de preventie alsook voor de eigenlijke behandeling, een duidelijke echelonnering plaats te vinden. De klinisch-psychotherapeutische instituten zijn daarbij typische eindstations, die ingeschakeld worden, wanneer andere middelen hebben gefaald. Veel primair wetenschappelijk werk in 'laboratoria' voor de geestelijke gezondheidszorg is voor de verdere planning nodig, b.v. t.a.v. psychotherapie, voorlopig qua methode bijna uitsluitend gericht op mensen uit de betere milieus, die het oplossen van problemen *via het gesprek* van huis uit is bijgebracht (Goldstein (13). Het inschakelen op grote schaal van niet-deskundigen brengt de noodzaak van opleiding, supervisie of anderssoortige begeleiding met zich mee, problemen, die nog nauwelijks zijn te overzien. De tijd van de psychiater of psycholoog, die zich comfortabel in het individuele gesprek terug trekt, lijkt nu wel definitief ten einde te lopen.

De gevolgen voor de therapeutische gemeenschap

Hoe evolueert nu de therapeutische gemeenschap in het licht van de hier geschetste maatschappelijke ontwikkeling? (Ik doel nu speciaal op de therapeutische gemeenschap als klinisch-psychotherapeutisch behandelingsinstituut).

Allereerst is het misschien van belang de vraag te beantwoorden, of überhaupt nog een opname-indicatie blijft bestaan, waar het accent zo sterk op de extra-murale zorg zal komen te liggen. Het antwoord hierop moet m.i. zonder meer 'ja' luiden, al moet van het begrip 'opname' een genuanceerd beeld worden gegeven. Er blijft in de maatschappij allereerst een 3e echelon nodig voor die patiënten, die hoe spijtig misschien ook, niet geholpen kunnen worden 'in het veld', wellicht juist door toedoen van het veld. Voor anderen is een veel intensievere begeleiding en opvang nodig dan maatschappelijk gegeven kan worden, soms ook zijn er teveel uitwegen voor de weerstand tegen de behandeling, waardoor er niets gebeurt en de therapie eindeloos wordt. Tenslotte, doch dat geldt in mindere mate voor een land als het onze, is een opname soms geïndiceerd om geografische redenen wanneer namelijk de afstand een behandeling anders überhaupt onmogelijk zou maken.

De ervaring in 'De Oosthoek' wees uit, dat praktisch alle opgenomen patiënten langdurig en vruchteloos poliklinisch behandeld zijn vóór hun opname, dat voorts velen, in de adolescentie-fase verkerend, in hun ontwikkeling door het 'veld' (d.w.z. door het ouderlijk milieu, dat hun losmaking verhindert) worden geremd, dat velen sociaal (in hun werk en in hun zelfstandig-worden) zijn vastgelopen, en dat voor velen de klinische behandeling een ultimum refugium is. Los daarvan blijkt de opname door de grote intensiteit van de behandeling deze soms aanmerkelijk te kunnen versnellen, op zichzelf een belangrijk argument voor opname. (Ter informatie; de gemiddelde opnameduur schommelt om en nabij 1 jaar).

De indicatie tot opname blijft dus, doch de opname zelf modificeert, en wel, zoals wij zagen in de richting van de maatschappij: d.w.z. dat de barrière kliniek-polikliniek kleiner wordt en vervaagt. 'De Oosthoek' b.v. evolueert, zoals uiteengezet, naar een kliniek, waar 's morgens therapie wordt gegeven en de patiënt overigens de maatschappij wordt ingestuurd. De kliniek vervangt dus tijdelijk het gezin, wanneer de patiënt in de community, de gemeenschap wordt opgenomen. Deze 'brug-functie' van gezin naar maatschappij tekent zich steeds duidelijker af. Het is te wensen, dat de overgang kliniek-polikliniek en vice-versa door ligging en financiering in de toekomst zo soepel mogelijk zal worden. In dit verband is het ook van belang, dat de staf zowel klinisch als poliklinisch werkzaam is, zodoende zelf een brug vormend: continuering van de persoon van de therapeut in kliniek en polikliniek, thans nog vaak door de organisatiestructuur belemmerd, is uiteraard therapeutisch van groot voordeel.

De rol van de therapeutische gemeenschap voor de toekomstontwikkeling

Wij komen nu aan het eind van ons betoog en stellen de vraag: wat kan de rol, de invloed of de betekenis zijn van de therapeutische

gemeenschap bij de ontwikkeling van het maatschappelijk toekomstbeeld van de geestelijke gezondheidszorg?

Allereerst is het o.i. duidelijk, dat in de toekomst een opname-indicatie voor klinische, intramurale therapie blijft bestaan. Wij hebben dat boven uiteengezet: het is de 3e echelons-functie, waaraan ook in de toekomst zeker een bepaalde plaats moet worden toegekend. Dan heeft het basis-principe van de therapeutische gemeenschap, de democratisering, waaraan ook in de maatschappij op allerlei wijzen gewerkt wordt, een diepgaande betekenis voor de komende ontwikkeling. Democratisering betekent, dat aan de patiënt een principieel andere, minder passief-afhankelijke rol wordt toebedeeld. Maar ook voor de staf houdt dit belangrijke consequenties in: het loslaten van de oude, autoritair gestructureerde rol, het loslaten en overgeven van verantwoordelijkheden, een rolverschuiving, van een medisch naar een sociaal kader. (Zie het artikel van Dijkhuis (14) over sociale optimalisering van de gezondheidszorg). *Teamarbeid*, intra- en interdisciplinair, is daarbij geboden, de samenwerking is intensief. Allerlei principiële problemen op samenwerkingsgebied komen hierbij aan het licht: teamarbeid is moeilijk, omdat men veel van het 'eigen terrein' moet prijsgeven, maar vooral ook, omdat men van een *persoonlijke* beroepsgratificatie moet afzien: het team, niet de individuele therapeut geneest, nooit kan 'ik' in het team weten, wat mijn persoonlijk aandeel in een geslaagde behandeling is geweest. (Het uit dit laatste voortkomende — potentiële — conflict doet denken aan de ruzie van de twee E.H.B.O.-ers, die elkaar bij een straatongeval toesnauwen: 'donderdag, dat is mijn ongeluk').

Het probleem van de teamarbeid is één van de vele, waarin de therapeutische gemeenschap fungeert (of kan fungeren) als *model* voor een toekomstige ontwikkeling, waarin zoals wij zagen problemen van teamarbeid, van rolverandering en rolverdeling, van samenwerken met andere deskundigen of zelfs met on-deskundigen zoals bijv. de patiënten zelf, opgelost dienen te worden. De therapeutische gemeenschap staat ook model, wanneer het gaat om het zoeken van nieuwe wegen voor de verhouding van intramurale en extramurale zorg, en voorts als het gaat om het zoeken naar nieuwe vormen voor de oude psychiatrische inrichting, als ook voor andere instituten voor geestelijke gezondheidszorg.

Het voordeel van een model (als uitgangspunt van verandering) is duidelijk: op *kleine* schaal kan met de toekomst 'geëxperimenteerd' worden zonder al te grote directe consequenties. Het model geeft duidelijkheid, gewenst waar op het vlak van de sociale psychiatrie zoveel chaos heerst en zoveel schijn de werkelijkheid moet dekken. Dit voert op een tweede belangrijke functie van de therapeutische gemeenschap voor de toekomst: de *laboratorium-functie*. Het zoeken naar nieuwe vormen van therapie (b.v. via het actie-model), van 'social-learning', van het interdisciplinaire therapeutische samenspel, moet worden uitgetest. De therapeutische gemeenschap leent zich hiervoor, gezien zijn overzichtelijkheid, uitstekend, waarbij het wel gewenst is, dat de resultaten van het onderzoek bekend worden gemaakt, en voorts, dat gewerkt wordt aan het overbrengen

van het gevondene van het kleine model naar het grote verband, een probleem op zichzelf.

Als bijkomende, maar niet onbelangrijke rol zie ik voor de therapeutische gemeenschap tenslotte een mogelijkheid om bij te dragen aan een *verandering van de imago* van de psychiatrie, tot op heden voor velen zo huiveringwekkend en geheimzinnig, verscholen als zij was achter dikke en ondoorzichtige muren.

Onze uiteindelijke conclusie luidt: de therapeutische gemeenschap kan een rol van betekenis spelen in het ontwerpen van de toekomst, wanneer althans een intensieve band met de maatschappij behouden blijft.

Summary

The therapeutic community and to-morrow's Society

Therapeutic community can play an important role in the development of the organisation of community mental health in future. The therapeutic community is mostly described in terms stemming from very different frames of reference: social, therapeutic or simply descriptive. It can be seen as a social structure to be used for different purposes giving it its ultimate shape. Democratisation, social confrontation with reality here-and-now, group- and teamwork are important characteristics. The relation with Society in general is ambiguous: it is both a culture in itself, an island in Society, and at the same time a subculture of it. Care for community mental health in our modern technological welfare State with its dangers of overcrowding etc. becomes a necessity more and more. People no longer take the authorities-of-old on their words, they want to think for themselves. Democratisation, teamwork, work with non-professionals, a better organisation, research for new psychotherapeutic procedures, become evident. Therapeutic community cannot be missed in the future as an institute to help those needing a 'bridge' from their troubled homes towards society. It can also help to solve problems of professional cooperation, cooperation with the patients-in-need themselves, it may also serve as a model on a low-scale basis to develop new techniques, provided it does not isolate itself and understands its laboratory function.

Literatuur

- 1 M. A. J. Romme, De organisatie van de gezondheidszorg en de langdurende psychiatrische opname. *M.G.V.* 25: 149, 1970.
- 2 J. Foudraïne: *Wie is van hout* . . . Amboboeken Bilthoven, 1971.
- 3 Nuyens, Y.: Het psychiatrisch ziekenhuis: een therapeutische gemeenschap? *Acta Hosp* 9: 20, 1969.
- 4 Y. Nuyens & A. M. Ampe: Het therapeutisch milieu: tussen mythe en realiteit. *K. T. Psych.* 13; 301, 1971.
- 5 R. N. Rapoport: *Community as doctor*. Tavistock Publ. 1960.
- 6 P. Bierenbroodspot: *De therapeutische gemeenschap en het traditionele psychiatrische ziekenhuis*. Boom, Meppel, 1969.
- 7 M. Jones: *Therapeutic community principles within the hospital and in the outside community*. Proc. 7th Int. Congr. of Psychotherapy Wiesbaden 1967, Karger 1969.
- 8 P. J. Jongerius, *Sociotherapie in de psychiatrische kliniek*. Van Gorcum 1963.
- 9 E. Talbot & S. C. Miller, The struggle to create a sane society in the psychiatric hospital. *Psychiatry* 29: 165, 1966.
- 10 E. Talbot, S. C. Miller & R. B. White: Some antitherapeutic side effects

- of hospitalization and psychotherapy. *Psychiatry* 27: 170, 1964.
- 11 C. J. B. J. Trimbos: Geestelijke Volksgezondheid en psychotherapie. *N. T. Psych.* 12: 58, 1970.
 - 12 C. J. B. J. Trimbos, Nogmaals het 'medisch model' in de psychiatrie. *M. G. V.* 26: 311, 1971.
 - 13 A. P. Goldstein: Psychotherapeutische modellering. *Voordracht Ned. Ver. Psychotherapie* 1971.
 - 14 J. H. Dijkhuis: Geestelijke Gezondheidszorgers en sociale optimalisering. *M. G. V.* 25: 429, 1970.