

Delen of delegeren van macht: een belangrijke therapeutische beslissing in de ontwikkeling van een psychiatrisch ziekenhuis*

door Dr. P. Bierenbroodspot**

Inleiding

Onder de druk van de omstandigheden, in het spoor van de beweging van de moderne maatschappij in de richting van (verdere) democratisering van het dagelijks leven en ook in het spoor van min of meer experimentele tendenzen in de moderne psychiatrie – na het bankroet van de traditionele therapievormen – zijn de grote psychiatrische ziekenhuizen in beweging gekomen: zij ontwaken uit hun lethargie en bezinnen zich, mogelijk voor het eerst, werkelijk op hun therapeutische taak. Ernstige kritiek richt zich op hun functioneren, op hun autoritaire organisatiemodel, op de enorme macht die gewoontegetrouw in de handen van een paar artsen en verplegenden ligt en op de onmogelijkheid van de patiënt om over zichzelf te beslissen, zodra hij een deel van het systeem is geworden, hetgeen zijn ego kan ondermijnen en hem in de ziekte kan drijven, wat dat ook mag zijn.

Zich de dringende noodzaak voor verandering realiserend, heeft de traditionele psychiatrie gezocht naar prototypen en deze (met tegenzin) gevonden in de therapeutische gemeenschappen, die in zijn buurt ontstonden. Als resultaat daarvan is het concept van de therapeutische gemeenschap in brede kring geaccepteerd als een ideaal en een basismodel waarnaar het psychiatrisch ziekenhuis zou moeten streven (1).

Zoals U weet, is de term 'therapeutische gemeenschap' – vaak misbruikt om zijn suggestieve waarde – door Maxwell Jones omschreven als een gemeenschap 'in which a conscious effort is made to employ all the staff and patient potential in an overall treatment programme, according to the capacities of each individual member' – 'instead of the familiar hierarchical, authoritarian organisation associated with hospitals in general, the therapeutic community aimed at a more democratic, egalitarian type of a social structure' (2, 3).

De therapeutische gemeenschap heeft veel verschijnselen veroorzaakt. Zij heeft de patiënt uit zijn passief-afhankelijke, submissieve

* Lezing gehouden voor de 3e internationale conferentie over sociale wetenschappen en geneeskunde, Elsinore, 14–18 augustus 1972.

** Zenuwarts, verbonden aan het Provinciaal Ziekenhuis Santpoort, dir.: J. C. Noordzij.

rol gedrukt, hoofdzakelijk door het oude 'medische model' van behandeling te vervangen door een moderner model van interactie, en op deze wijze de patiënt een nieuw gevoel van zelfrespect te geven. Oplossing van conflicten is het primaire doel van de behandeling geworden, in plaats van aanpassing. Het concept van de therapeutische gemeenschap heeft voor ieder, die bij klinische behandeling betrokken is, de traditionele rollen van dokter, patiënt, therapeut, familielid en verplegende verhelderd. Het plaveide de weg voor communicatie, verminderde angst en eenzaamheid en bracht nieuwe hoop.

Het bracht ook onzekerheid, vooral voor hen die zich in de buurt van deze gemeenschappen bevonden: de grote permissiviteit, het verminderde respect voor 'law and order', de co-educatie met de veronderstelde promiscuïteit, het incidenteel voorkomen van delinquent gedrag of suicide, dit alles beangstigde degenen die vertrouwd waren met het oude custodiale systeem, waarin risico's moesten worden vermeden ten koste van alles. De therapeutische gemeenschap is als groepsproces vaak de antithese geworden van de individueel georiënteerde traditionele ziekenhuisbehandeling met zijn electroschock, psychopharmaca en slaapkuren. Als gevolg van deze antithese — waarvan de aard levendig beschreven wordt door Ploeger (4) — ontstonden in de afgelopen jaren nogal wat conflicten tussen deze twee divergerende systemen. Het lijkt me toe dat deze grote divergentie, met de daaruit voortvloeiende rivaliteit, als negatief neveneffect met zich meebrengt: het verwaarlozen van zulke fundamentele vragen als: waarom veranderingen, en met welke therapeutische bedoeling, hoe worden patiënten verondersteld te genezen en op eigen kracht verder te gaan. Rapoport vermeldde reeds dat het ontbreken van een systematisch resocialisatieprogramma, dat afgestemd is op de behandeling, onvoorziene terugval na ontslag tot gevolg kan hebben (5). Nuyens, een Belgische socioloog, stelt dat het werk dat tot nu toe verricht is in therapeutische gemeenschappen voornamelijk ideologisch is en een werkelijke technologische ondergrond mist (6). Rubinstein en Lasswell, benadrukken in een beroemde studie over delen van de macht in het psychiatrisch ziekenhuis, het belang van hun, vaak herhaalde, vraag: 'maar is het therapeutisch?' Zij slagen er echter zelf ook niet in om enig theoretisch antwoord op deze vraag te geven (7). De literatuur over de therapeutische relevantie van voorgestelde veranderingen is schaars, net zo schaars als de psychoanalytische literatuur over het proces van (psychische) genezing zelf, een zaak die bijna volledig als gegeven wordt aangenomen. Een goede studie over de achtergronden van veranderingen in het ziekenhuis is die van Gagliano en Forisz. Zij proberen op een consequente manier Bion's ideeën over orale afhankelijkheid in de therapeutische situatie te vertalen in ziekenhuis-behandelings-termen — en ze in praktijk te brengen (8, 9).

De ontwikkeling van nieuwe therapeutische gemeenschappen illustreert dit gebrek aan theoretische achtergrond. Ze beginnen gewoonlijk in een wat vage maar enthousiaste chaos, en bewijzen

meer lippendienst aan hun idealistische benadering dan aan de behandeling, terwijl ze zo veel mogelijk proberen te contrasteren met de oude instituten, waaruit ze zijn ontstaan. Pas na jaren leert de staf om aandacht te schenken aan de eisen van behandeling: het leven in de gemeenschap begint dan te veranderen en wordt minder extravagant, meer in contact met de maatschappij en met omschreven therapeutische doelen. Jongerius, de leider van een bekende hollandse gemeenschap, zag dit zo vaak gebeuren dat hij van een vaststaande regel spreekt: 'iedere staf moet het zelf weer leren; de ervaring, die hen in staat stelt om de zaken in de gemeenschap op een therapeutisch consequente manier te behandelen, komt na jaren en kan klaarblijkelijk alleen maar in de praktijk geleerd worden'. Maar in de grote ziekenhuizen hebben we, anders dan in de kleine (dus soepele) therapeutische gemeenschappen, geen jaren de tijd om te leren. In een groot ziekenhuis zijn de problemen ingewikkelder en moeilijker, er staat meer op het spel, vanwege het grote aantal mensen dat er bij betrokken is en de zeer verschillende categorieën van patiënten. Daarom is een helder idee over behandeling een vereiste: wat is therapeutisch in de therapeutische gemeenschap, die ons prototype zal zijn. Wat is therapeutisch in de totale ziekenhuisbehandeling, hoe gaan we onze therapeutische gereedschappen gebruiken in het voordeel van onze patiënten?

De essentie van het therapeutische proces

Wat is de essentie van het (psycho)therapeutische genezingsproces en in welk opzicht kan de ziekenhuisbehandeling daaraan bijdragen? Los van de mogelijke gevolgen van hersenbeschadiging, kan men grofweg zeggen dat de patiënt moet herstellen van conflicten met de wereld om hem heen die, zowel in het heden als in het verleden, mogelijk blijvende sporen in zijn ego heeft achtergelaten. Soms, als de sociale omstandigheden zodanig zijn dat zij herstel onmogelijk maken, is de rol die de patiënt moet spelen de enige weg naar een aanpassing, hoe slecht dat ook mag zijn. Daarom heeft de behandeling te maken met intrapsychische en met interpsychische conflicten.

1 – Emotioneel itereren, zoals dat in zijn meest simpele vorm te zien is in de traumatische neurose, is het basismodel van herstel van de geest na schadelijke en overweldigende ervaringen. Het iteratiephenomeen is, zoals U weet, de basis van elke neurotische structuur, en is tegelijkertijd het wezen zelf van de geestesziekte en van herstel van een intrapsychisch conflict (10, 11). Psychoanalytische technieken die leiden naar het herbelevan van schadelijke gebeurtenissen uit het verleden en het bewustmaken van onbekende gevoelens en fantasieën, richten zich uiteindelijk op *catharsis, corrective emotional experience* en (emotioneel) inzicht.

De klinische psychotherapie, die te maken heeft met psychotische en ernstig neurotische patiënten, spreidde in het begin een nogal permissieve (zogenaamd moederlijke) houding ten toon om dit

voor elkaar te krijgen. Later realiseerde men zich dat een meer eisende (vaderlijke) houding, waarbij de patiënt verantwoordelijk wordt gesteld voor zijn eigen zaken, nodig was: te grote regressie verzwakte een bevredigende ego-functie en hield de behandeling op (12, 13). Bij de neurose is het waarnemen van de realiteit verduisterd en verwrongen door de herinnering aan gebeurtenissen die de patiënt in het verleden doormaakte. Om van deze herinneringen af te komen moet de patiënt weet hebben van de vervormende effecten: dat betekent dat hij niet alleen in staat moet zijn zijn binnenwereld waar te nemen, maar ook de buitenwereld van het moment, waarin hij leeft. Alleen een vergelijking tussen binnen- en buitenwereld kan leiden tot corrective emotional experiences, een te regressief ego is niet in staat dit te doen. Bij het helpen oplossen van het intrapsychische conflict richt de ziekenhuisbehandeling zich ten dele op: de patiënt toestaan om de noodzakelijke catharsis door te maken. Maar in de eerste plaats probeert zij om ongewenste regressie terug te dringen. Regressieve tendenzen worden in het ziekenhuis versterkt door psychotherapie en door de gratificatie van een te grote afhankelijkheidsbehoefte in de passieve patiëntenrol. Het tegengaan van deze tendenzen door de patiënten in de gemeenschapsgroep verantwoordelijkheden te geven die traditioneel bij de staf thuishoorden, werd een essentieel therapeutisch principe — het democratische principe — van de moderne klinische behandeling. (Het wezen van de democratisering zal later besproken worden.) (14)

2 — Een slechte perceptie en evaluatie van de voorhanden realiteit brengt de patiënt gemakkelijk in conflict met anderen — anderen kunnen ook sociale conflicten veroorzaken of versterken, die op hun beurt de patiënt beletten zijn innerlijke problemen op te lossen. Klinische behandeling helpt de patiënt om *interpsychische* (of interpersoonlijke) conflicten op te lossen, en dit in de eerste plaats door hem te plaatsen in het min of meer neutrale sociale klimaat van de gemeenschapsgroep. Meszaros, die dit therapeutische principe het '*corrective social climate*' noemde, ziet dit als de belangrijkste taak van de therapeutische gemeenschap (15). Maar er is meer: de wijze waarop sociale conflicten in de groep worden opgelost, de verschillende sociale rollen die de patiënt moet spelen binnen de gemeenschap, zijn ontmoeten en ervaren van het klinische prototype van een andere en onbekende maatschappij, de manier waarop hij anderen en zichzelf ontmoet in de sociale confrontaties die er plaatsvinden, al deze factoren vallen onder het hoofd dat Maxwell Jones 'social learning' noemt, en dat hij ziet als een van de voornaamste therapeutische principes van de therapeutische gemeenschap.

3 — Inzicht speelt niet alleen een belangrijke rol bij het oplossen van innerlijke conflicten doordat tot nu toe onbewuste gevoelens herkend worden, het helpt ook om interpersoonlijke conflicten te verhelderen, vooral als het gaat over de sociale achtergrond van de

patiënt. Gezinsdynamiek is een zaak die niet alleen voor de patiënt maar ook voor alle andere gezinsleden meestal onbewust is. Hetzelfde geldt voor huwelijksrelaties, die elke vorm van therapie kansloos kunnen maken. Opname in een ziekenhuis kan de gezinsrelatie verder ondoorzichtig maken, omdat hierdoor de gezonde van de zieke, de z.g. 'identified patient' gescheiden wordt. Dit feit heeft men zich nogal laat gerealiseerd: het gezin is te lang beschouwd of als een objectieve en betrouwbare bron van informatie (zoals in de traditionele psychiatrie), of als een scape-goat die overal de schuld van kreeg (zoals het de gewoonte was in de vroege dagen van de psychotherapie).

Gezinstherapie, die de onbewuste gezinsdynamiek bewust maakt, is een essentieel onderdeel geworden van klinische behandeling. Het is in het bijzonder relevant indien de rol van de patiënt thuis kan vergeleken worden met zijn sociale rol in de gemeenschap, die vaak verbazingwekkende feiten voor hemzelf en voor de anderen onthult.

Gezinsbehandeling is ook van vitaal belang om (gezins-)weerstand te overwinnen, die een ernstige remmende factor in klinische therapie kunnen betekenen.

Democratisering van de patiënten-staf relatie als basisverandering in de ontwikkeling van het psychiatrisch ziekenhuis

De veranderingen die optreden in de positie van de patiënt in zijn relatie met stafleden zijn een fundamenteel aspect van de ontwikkeling van het traditionele psychiatrische ziekenhuis in een werkelijke therapeutische gemeenschap. Deze verandering vertoont alle trekken van democratisering die kunnen worden gezien in de maatschappij in het algemeen. Er moet hier crop gewezen worden dat er een verschil is tussen de termen democratie en democratisering, dat verwarring kan veroorzaken. Rapoport bv. stelt dat in de therapeutische Unit werkelijke democratie onmogelijk is: 'Politically, democracy implies the delegation of power to a few individuals elected by the majority, with the latter themselves holding ultimate power. In the Unit, the authority, of legitimated power, is formally assigned to the staff, who also hold formal responsibility. The staff is a numerical minority which informally shares its authority and responsibility with others in the Unit because of its ideology of democratisation' (5). Maar in democratisering, het proces dat uiteindelijk leidt tot democratie, gebeurt in feite het tegengestelde van wat Rapoport stelt: macht, die oorspronkelijk in de handen van één persoon lag (monarchie) of van een leidende minderheid (oligarchie), gaat over in de handen van een grotere groep (meerderheid), die de macht en het recht krijgt (of neemt) om per stemming te beslissen. Zoals Gagliano en Forisz het stellen: 'Government has been described as a unit of the total group that, by using authority, allocates values and valuables. A government can be structured anywhere between the ideal monarchy, where all power and authority are concentrated in the monarch, to ideal anarchy, where there is no concentration of

power and authority in any one person. Along this continuum, oligarchy would follow monarchy and then would come the various levels of democracy, from the most hierarchical to the least. The allocation of the values can easily be recognized as the acts of giving and receiving goods, pleasures, protection from pain and anxiety, and so on' (8). Hieruit volgt dat democratisering moet beschouwd worden als het verschuiven of delegeren van een bepaalde hoeveelheid macht, autoriteit en verantwoordelijkheid van de staf, aan wie deze oorspronkelijk was toebedeeld, naar de patiënten als groep of – en dit is precies het punt van discussie – aan alle leden van de gemeenschap als totaliteit, zowel staf als patiënten. Het is juist deze verschuiving van macht en verantwoordelijkheid, van beslissingen nemen, die communicatie mogelijk maakt en een atmosfeer van actief bezig zijn met therapie en met het hele sociale systeem, dat inherent is aan het leven in een gemeenschap, schept.

Het is onze ervaring dat er sterke weerstanden bestaan tegen deze verschuiving van verantwoordelijkheid. Stafleden tonen hun gebruikelijke gebrek aan vertrouwen in de regulerende mechanismen in de groep. Zij zijn bang hun professionele verantwoordelijkheid en trots te verliezen, ze zijn bang om overbodig te worden of traditionele beroepsgratificaties te moeten missen. Toch blijken de weerstanden van de patiënten nog veel sterker te zijn: zij zijn bang voor werkelijke verantwoordelijkheid als ze hun eigen beslissingen moeten nemen. Ze zijn bang om hun passief-ontvangende patiëntenrol kwijt te raken, ze hebben er bezwaar tegen om zelf autoriteitsfiguren te worden, om iemand te worden op wie men een beroep doet in plaats van iemand die een beroep mag doen.

De hoeveelheid macht en verantwoordelijkheid die gedelegeerd wordt is niet altijd dezelfde, in feite fluctueert deze continu. Stafleden en patiëntengroep onderhandelen over het al dan niet nemen van verantwoordelijkheid.

Tijdens de 3 jaar, die ik werkte in een kleine therapeutische gemeenschap ('De Oosthoek' te Limmen, Holland, een kliniek die sinds 1966 draait met een capaciteit van 45 patiënten), zag ik deze onderhandelingen geleidelijk aan een meer expliciete vorm aannemen. Direct vanaf het begin van dit instituut werden de meeste beslissingen genomen en besproken gedurende de wekelijks plaatsvindende community meetings. Later nam een speciale gemeenschapsraad het grootste deel van het beslissen over; alleen moeilijke of controversiële punten haalden de community meeting, die optrad als een soort parlement. In het begin beïnvloedden de stafleden het beslissingsproces op de community meetings op een zeer informele, nauwelijks merkbare manier, eenvoudigweg door er te zijn en hun mening te geven. Later, toen een of twee stafleden lid waren van de gemeenschapsraad, werd de stafinvloed op het beslissen meer geformaliseerd. Iedereen geloofde naïef in de gelijkheid van alle leden die in het proces betrokken waren; ondertussen leunden de patiënten hevig op de informele stafinvloed.

Toen begon de staf zich te realiseren dat zij hun eigen invloed ver-

keerd hadden beoordeeld en onderschat hadden. Zij kregen ook een beter inzicht in de therapeutische waarde van het onafhankelijk beslissen door de patiënt. Staf leden beëindigden hun deelname aan de gemeenschapsraad: vanaf dat moment waren de patiënten geheel verantwoordelijk voor de beslissingen die zij moesten nemen; de staf nam zijn eigen beslissingen en tegenstellingen werden besproken in de community meeting. Tengevolge hiervan kon men beter bekijken welke momenten de patiënten wel of niet in staat waren hun eigen zaken af te handelen; het werd duidelijk op welke momenten zij de zaken geheel aan de staf wilden overlaten (of aan de een of andere erg dominante patiënt) en welke tegenstellingen er werkelijk bestonden tussen de patiënten en de staf. Het is dus zo dat wij in de ontwikkeling van onze gemeenschap in het begin de macht deelden met de patiënten onder het mom van gelijkheid en democratie – in die fase was de verschuiving van de macht voor het grootste gedeelte impliciet en niet bespreekbaar. Later werd de delegatie van de macht expliciet gemaakt – de exacte therapeutische beweegredenen hiervoor was dat in onze gemeenschap de waarde van het beslissingen nemen, d.w.z. het tegengaan van afhankelijkheidsneigingen en orale regressie, hoog werd aangeslagen, hoger bv. dan het verschaffen van een model voor het oplossen van sociale conflicten aan de patiënt, hetgeen een mogelijk alternatief zou hebben kunnen zijn.

Delen of delegeren van macht: een therapeutische beslissing

Onder het *delen van de macht* verstaan we een systeem waarin beslissingen worden genomen door de gemeenschap als geheel, zowel door de staf als de patiënten.

In dit systeem is de delegatie van macht aan de patiënten voor het grootste deel impliciet: het wordt zelden duidelijk in welke mate een beslissing beïnvloed wordt door de staf. Therapeutische gemeenschappen die volgens dit principe werken hebben vaak (soms dagelijks) community meetings om de beslissingen die genomen moeten worden te bespreken. Tengevolge hiervan nemen de community meetings makkelijk de vorm aan van een grote groepstherapie sessie. Ik citeer Forisz: 'In our approach to the third modality (of psychotherapy), administrative psychotherapy or milieu therapy, therapeutic community, patient government, it might be useful to point out that this concept can be looked upon as a group transaction in many respects, based on the original description of the dynamics of the group. It also can be useful to approach it through the basic concepts and semantics of political science' (9). Wanneer men duidelijk stelt dat de macht aan de patiënten is gedelegeerd door het beslissen aan hun over te laten – het systeem van delegatie in de werkelijke zin des woords – wordt de delegatie expliciet. Als we dat doen nemen we een scherp omschreven therapeutische beslissing over het therapeutische principe waar we vanuit willen gaan in de therapeutische gemeenschap: voelen we voor sociodynamiek, de essentie van het deesysteem, of voelen we voor beslissingen nemen, beleid of politiek zoals in het

delegatiesysteem? In het laatste geval focussen we op versterking van het ego, op vermindering van regressie en ook op het introduceren van bepaalde sociale rollen (leider, rechter, winkelier, administrateur, etc.) die anders in een sociodrama zouden moeten nagebootst worden.

Delen of delegeren van de macht in het grote psychiatrische ziekenhuis

Toen wij ons kleine therapeutische laboratorium te Limmen inruilden voor het grote psychiatrische ziekenhuis, werden onze ervaringen bevestigd. Het Provinciaal Ziekenhuis te Santpoort is een groot ziekenhuis (1100 bedden) dat gesticht werd in 1849, en dat zeer vooruitstrevend is. Het grootste gedeelte van zijn gebouwen en terreinen zijn grondig vernieuwd. Gedurende de laatste jaren is het ziekenhuis als geheel ingrijpend gereorganiseerd, met de continue hulp van een organisatie team, dat gespecialiseerd was in de zeer complexe problematiek die zich voordoet als men een zo groot en zo traag in beweging te krijgen organisatie gaat veranderen. Het ziekenhuis is onderverdeeld in ongeveer 15 afdelingen van verschillende omvang, die elk hun speciale taak hebben in die nieuwe organisatie. In 1970 is een therapeutische gemeenschap voor adolescenten (23 jongens, 37 meisjes) gestart in een van de afdelingen, een afdeling die de rest van het ziekenhuis in vele opzichten heeft beïnvloed.

De therapeutische gemeenschap is aanvaard als het basis model voor de verandering, zij het dan dat het grondig zou moeten aangepast worden aan de eisen van iedere afzonderlijke afdeling. Community meetings zijn nu een gewone zaak over het gehele ziekenhuis; zij onthullen veel over de onderliggende sociale problematiek van patiënten en staf.

Onze taak in het ziekenhuis bestond daarin dat wij een afdeling van ± 90 patiënten (onderverdeeld in 3 units van 25 tot 35 patiënten) moesten reorganiseren en veranderen in een therapeutische gemeenschap voor intensieve psychotherapeutische behandeling (hoofdzakelijk gebaseerd op groepstherapie op psychoanalytische basis) bij een gemiddelde verblijfsduur. Toen we begonnen waren de meeste patiënten op deze afdeling chronisch psychotisch, terwijl zij reeds lange tijd (1 tot 25 jaar) in het ziekenhuis verbleven.

In één unit bestond reeds een regelmatige wekelijkse community meeting. Deze had de gebruikelijke vorm aangenomen van 'het delen van de macht', zonder al te veel helderheid over de hoeveelheid van de gedelegeerde macht, de verplegenden van deze eenheid hadden veel informele invloed. De community meetings bleken zeer stereotiep te zijn: een (nogal dominante) vrouwelijke patiënt presenteerde een lijst van te nemen beslissingen, iedereen die de meeting bijwoonde werd verzocht zijn mening te geven (gewoonlijk een 'ja' of 'nee'), hetgeen ieder zonder veel enthousiasme deed. De meeste mensen schenen slechts geïnteresseerd te zijn in hun eigen persoonlijke zaken, sociale interactie was er nauwelijks ('als jij mij niet raakt, zal ik jou niet raken', scheen de

slogan te zijn).

Doordat wij erop aandrongen dat de patiënten eerst hun eigen beslissingen zouden nemen en met hun verzoeken naar hun eigen gemeenschapsraad zouden gaan, daarbij alleen de controversiële punten overlatend aan de community meeting, vond er een belangrijke verandering plaats. Sociale interactie en werkelijke activiteit werden toen noodzakelijk. De patiënten kregen het gevoel dat ze in de steek gelaten werden, een zeer chaotische periode van verbitterde woede begon, tijdens welke de patiënten de staf de schuld gaven omdat ze niets deden:

- 'Waarom zijn jullie hier als jullie toch niets doen, de staf moet verantwoordelijk zijn, niet wij, jullie worden ervoor betaald . . . ;
- Dokter, mag ik fietsen. Dat moet U me zeggen, U hebt ervoor gestudeerd, wij zijn alleen maar patiënten, wij zijn gek, wij weten niets . . . ;
- De verplegenden zijn hier aanwezig om te voorkomen dat wij ruzie zoeken, anders begint iedereen te vechten om de beste stoel en het eerste kopje koffie. Wij kunnen dat vechten niet voorkomen, wij zijn patiënten . . .'

De staf werd aan forse tests onderworpen: de ene patiënt na de andere sloeg de ramen kapot, en forceerde de stafleden zodoende om eerste hulp te verlenen. Op deze wijze, en bv. door weglopen, poogden de patiënten de stafleden en zichzelf terug te manoeuvreren in de oude, traditionele posities, waar niets werkelijk gebeurde, aangezien de verzorgde en de verzorger zorgvuldig verdeelde rollen bleven spelen. Zij wilden ons laten zien dat zij echte patiënten waren, gek en ontoerekeningsvatbaar (en zich verzettend tegen elke verandering).

Wij hadden besloten tot de therapeutische verandering om precies dezelfde redenen: we waren zeer onder de indruk van de massieve afhankelijkheid die de patiënten toonden, waardoor ze elke vorm van redelijke therapie onmogelijk maakten. Daarom stelden wij als eerste therapeutische doel 'dependency on the sliding scale', zoals Gagliano en Forisz het genoemd hebben (8).

Ervaringen met een andere unit waren vrijwel hetzelfde. Daar, in de community meeting van ongeveer 40 zeer chronische, psychotische patiënten van middelbare leeftijd, was de chaos in het begin compleet. Geen redelijk woord, alleen maar gillen en schreeuwen, uren lang. Toch, nadat wij wekenlang ons antwoord herhaald hadden: 'jullie zijn hier, jullie moeten het zelf doen, jullie moeten je eigen beslissingen nemen, jullie moeten het hier bespreken', kwam er een verandering op gang. Geleidelijk aan was er een meer begrijpelijke conversatie mogelijk; de patiënten leerden om de meeting niet te verlaten op het moment dat zij in hun persoonlijke verlangens gefrustreerd werden; zij leerden zichzelf weer uit te drukken in samenhangende taal, te luisteren naar elkaar en geduld te hebben met een verschrikkelijk stotterende collega.

Maar zij bleven er bij de staf op aandringen dat men terug moest keren naar de oude en veilige autoritaire houding, door te zeggen dat het nog nooit zo slecht was gegaan als nu. Het is te vroeg en

zeer moeilijk om de resultaten te evalueren (hoewel we sommige patiënten dramatische veranderingen hebben zien doormaken in een korte tijd). Dit is ook niet de bedoeling hier. Belangrijk is dat men zich bewust is van de therapeutische betekenis van veranderingen: men moet kiezen, men moet alle mogelijke therapeutische consequenties anticiperen en men moet therapeutische alternatieven overwegen.

Summary

Sharing or delegation of power, an important therapeutic decision in the development of a psychiatric hospital.

The concept of the therapeutic community has become widely accepted as the basis model at which the modern mental hospital should aim. The therapeutic character of the therapeutic community can be shortly described as intrapsychic (by counteracting too great a regression, thus reinforcing the Ego) and interpsychic (by social learning in the community and family treatment to further uncover family dynamics, thus clarifying the patient's position in the social role he has chosen. Essential to therapeutic community is the democratisation of the patient-staff relationship: the shift of power and responsibility to the patients can be implicit (when the power in the community is shared by everybody, staff members and patients alike), or explicit (when power is delegated to the patients alone).

Sharing and delegation of power have definite therapeutic consequences, with their respective emphasis on social dynamics or on government and decision-making, i.e. on responsibility.

The rapid changes that took place after the introduction of the delegation-system in a big mental hospital are shortly described.

Literatuur

- 1 Martin, D. V.: *Adventure in Psychiatry*. Cassirer, London 1962
- 2 Jones, M.: *Social Psychiatry – In the community, in hospitals and in prisons*. Ch. Thomas, Springfield 1962
- 3 Jones, M.: Therapeutic community principles within the hospital and in the outside community. *Proc. VIIth Int. Congr. of Psychotherapy*, Wiesbaden 1967. Karger Verlag, Basel 1969
- 4 Ploeger, A.: Therapeutische Gemeinschaft und Institution, Ergänzung oder Widerspruch? *Z.f. Psychother. u. Med. Psychol.* 21, 194 (1971)
- 5 Rapoport, R. N.: *Community as a doctor*. Tavistock Publ., London 1960
- 6 Nuyens, Y.: Het psychiatrisch ziekenhuis: een therapeutische gemeenschap? *Acta Hosp.* 1, 20 (1969)
- 7 Rubinstein, R. and Lasswell, H. D.: *The sharing of power in a Psychiatric Hospital*. Yale Univ. Press, New Haven, London 1966
- 8 Gagliano, I. E. and Forisz, L.: Intensive hospital treatment of severe psychiatric disorders. *J. Hosp. Comm. Psychiatry* 18, 74 (1967)
- 9 Forisz, L.: Some common denominators in psychotherapeutic modalities. *Dis. nerv. Syst.* 27, 783 (1966)
- 10 Szasz, T.: The concept of transference. *Int. J. of Psychoanal.* 44, 432 (1963)
- 11 Kepecs, J. C.: Theories of transference neurosis. *Psychoan. Qu.* 35, 497 (1966)
- 12 Fromm-Reichmann, F.: Psychotherapy of schizophrenics. *Amer. J. of Psychiat.* 111, 410 (1954)
- 13 Benedetti, G.: Die handhabung der Regression in der individuellen Psychotherapie schizophrener Psychosen. *Proc. VIth Int. Congr. of*

- Psychotherapie, London 1964. *Psychother. Psychosom.* 13, 87 (1965)
- 14 Bierenbroodspot, P.: Democratization in the Mental Hospital as a therapeutic Vehicle. *Proc. VIIIth Congr. of Psychother.*, Milano 1970
- 15 Meszaros, A. F.: *Principles of research in a therapeutic community. Research Conference on therapeutic community*, Ed. H. C. Denber. Ch. Thomas Publ., Springfield 1963