

Op zoek naar een optimale nazorg voor de psychotherapeutische gemeenschap

door J. Hartman*

Inleiding

De 'traditionele' psychiatrische kliniek is reeds lang vertrouwd met een eveneens 'traditionele' nazorg: meestal niet tot de klinische setting behorende professionele werkers (zoals huisartsen, maatschappelijk werkers, specialisten — al of niet aangesloten bij sociaal-psychiatrische diensten en poliklinieken etc.) zijn daarvan de uitvoerders. Huisbezoeken, oproepen, wachtkamers en slechts minuten-durende 'konsulten' zijn in dit verband bekende begrippen; zij typeren vaak een logische voortzetting van een klinische behandelingswijze naar medisch-verpleegkundig model. Nu echter de 'traditionele' psychiatrische ziekenhuizen gaandeweg worden omgebouwd tot psychotherapeutische gemeenschappen werpt zich de vraag op of de ontwikkelingen in de nazorg daarmee gelijke tred kunnen houden, of sterker nog: of de opzet van die nazorg nog wel kan voldoen. Het steeds veelvuldiger op gang brengen van een eigen nazorg door zulke demokratiserende afdelingen en klinieken wijst voorlopig op het tegendeel.

In dit artikel zullen wij de ervaringen beschrijven die wij met deze problematiek hebben opgedaan in 'Zuideroord' dat deel uitmaakt van het psychiatrisch ziekenhuis 'Vogelenzang' te Bennebroek.** Wij zullen schetsen hoe wij proberen een alternatief aan te bieden, dat beter aansluit bij de 'basisfilosofie' en de methodieken van de psychotherapeutische gemeenschap. Daarvoor is eerst een nadere kennismaking met de gebezigde terminologie en met de betreffende afdeling noodzakelijk.

De psychotherapeutische gemeenschap

Onder 'psychotherapeutische gemeenschap' (P.G.) wordt verstaan: het geheel van de afdeling of kliniek met zijn bewoners (patiënten en staf), wanneer wordt gewerkt volgens de beginselen van 'klinische psychotherapie' of 'sociotherapie'; d.i. 'een vorm van psychotherapie die zich bezighoudt met het formeren van een zo gunstig mogelijk klimaat voor de uitgroei van de persoonlijkheid, d.m.v. het manipuleren met en het hanteren van de wereld die de patiënt omgeeft' (Jongierius, 1963). De nadruk ligt dus op het

* Semi-arts, destijds o.a. als nazorgbegeleider in 'Zuideroord' werkzaam

** Geneesheer-direkteur: P. Bareman

scheppen van voorwaarden die in combinatie met in de patiënten veronderstelde groeiomogelijkheden tot resultaat kunnen leiden. Hierbij speelt 'het relationele' een belangrijke rol. Men herkent al de basisfilosofie, n.l. dat patiënten in staat zijn elkáár te helpen. Daartoe wordt de afdeling omgebouwd tot een 'kleine' reële, kunstmatige maatschappij waarbinnen de therapeutische processen onder regelbare druk verlopen' (Eykman, 1973). Het scheppen van optimale voorwaarden wordt mogelijk door bij de beleidsvoering uit te gaan van enkele basisprincipes, door Bierenbroodspot (1969) samengevat als: democratisch-, non-direktief-, eenvormigheids-, realiteits- en prospectief principe. Mede afhankelijk van factoren, zoals de aard van het patiëntenbestand, aard en omvang van het personeelsteam, financiële en ruimtelijke middelen zal dit resulteren in een voor iedere setting weer andere werkwijze. Hierin zal men bepaalde elementen kunnen onderscheiden: bepaalde groepsverbanden, procedures, therapieënpakketten, stafgedragingen, etc. Nog recent (1973) werd er door Jongerius op gewezen dat men al deze vormkwaliteit niet op hun afzonderlijke mérites moet beoordelen, maar op hun logische onderlinge samenhang en daarmee op de herleidbaarheid tot de basisfilosofie.

De werkwijze in 'Zuideroord'

'Zuideroord' is de afdeling voor voorgezette behandeling van een groot regionaal psychiatrisch ziekenhuis. Dit betekent voor de patiëntengroep: heterogeniteit naar sexe, leeftijd en psychiatrische symptomatologie. Er zijn zowel neurotische als verslaafde en psychotische patiënten, in totaal een vijftigtal.

Sinds vijf jaar is er een sociotherapeutische aanpak. Daartoe zijn de patiënten ingedeeld in vijf basisgroepen waarvan zij gedurende hun gehele verblijf in de kliniek deel uit blijven maken. Zij krijgen een gevarieerd pakket van vooral groepsmatige therapieën aangeboden door een uit zeer verschillende disciplines opgebouwd behandelingssteam. Een meer gedetailleerde beschrijving vindt men in enkele vroegere publikaties (Van Ree, 1972 en Van Ree & Hartman, 1973).

De gemiddelde behandelingsduur bedraagt thans (ongekorriged) een klein jaar. Gedurende zijn opname doorloopt de patiënt een aantal behandelingsfasen met een standaard-duur van drie maanden. Tussen deze fasen in (en indien nodig vaker) wordt de afgelopen periode in overleg met de patiënt geëvalueerd en er worden nieuwe behandelingsplannen opgesteld. Behandelingsdoelen worden geformuleerd, een (her-)keuze wordt gemaakt uit de beschikbare therapeutische middelen, plichten en rechten worden vastgelegd in een 'kontrakt'. Zo krijgt men de mogelijkheid om toch, binnen de grote P.G. ook aan de eisen die de behandeling van de individuele patiënt stelt recht te doen. Met name is het zo mogelijk geworden om stapsgewijze de hem aanvankelijk ontnomen verantwoordelijkheden (terug-) te delegeren (democratisch principe). Als een aantal patiënten zo in de laatste fase vóór het ontslag is gekomen vormen zij samen een werkgroep (de z.g. 'oefengroep') die

zich met praktische zaken bezighoudt als: huisvesting zoeken, solliciteren, etc. (prospektief- en realiteitsprincipe).

Moelijkheden na het ontslag; een hospitalisatiesyndroom

Hoewel tijdens de behandeling op vele manieren wordt getracht op de periode daarna te anticiperen blijkt toch dat de meeste ex-patiënten aanpassingsmoeilijkheden ondervinden. Vaak wordt pas in de hernieuwde vierentwintig-uurskonfrontatie met het eigen milieu doorleefd hoe diep de P.G. met zijn intensieve leef- en werkklimaat heeft ingegrepen. Er is plotseling niet langer het sterke appèl op de persoon en zijn gevoelsleven, de positieve gratifikaties (in de affektieve sfeer) van het in 'Zuideroord' verworven gedrag zijn plotseling aanzienlijk geringer of verkeren zelfs in het tegendeel. 'Vanzelfsprekendheden' als verdraagzaamheid, stimuleren tot creatief denken en primair reageren zijn vaak niet langer vanzelfsprekend. Vele patiënten voelen zich in deze fase onbegrepen en ondergewaardeerd; er ontstaat a.h.w. een 'relatieve affektieve verwaarlozing'. Voor sommigen leidt dit tot de neiging de strijd op te geven om opnieuw in 'Zuideroord' opgenomen te worden. Van Ree (1973) noemt deze vorm van hospitalose: het 'post-emotio tolerante hospitalisatiesyndroom'; dit ter onderscheiding van de 'traditionele' 'post-autoritaire' vorm.

Gedeeltelijk zijn deze problemen als bijeffect van de resocialisatie waarschijnlijk onvermijdelijk, maar men moet hier vooral ook bedacht zijn op het ontbreken van voldoende realiteitsaspecten in de behandelingscultuur. Een ex-patiënt schreef ons hierover kernachtig. 'als je je in de maatschappij gedraagt zoals je dat geleerd is op 'Zuideroord' (en zoals het daar gebeurt) loop je gegarandeerd stuk'.

Het streven de therapeutische realiteit op de maatschappelijke te laten gelijken is echter vanzelfsprekend aan de beperking onderhevig dat de P.G. als maatschappij behalve 'klein en reëel' tenslotte ook 'kunstmatig' is (en blijft!). Daarom wordt gepoogd deze discrepantie op een andere manier op te vangen, n.l. door de overgang van P.G. naar maatschappij zo geleidelijk mogelijk te laten verlopen. Daartoe wordt het ontslag over enkele weken 'uitgesmeerd' en moet ook nazorg worden gerealiseerd.

Ervaringen met de 'traditionele' nazorg

Hoewel in enkele gevallen hiermee gunstige ervaringen werden opgedaan is toch over het algemeen de opvang die door huisarts, s.p.d. e.d. kon worden geboden teleurstellend. Hiervoor zijn een aantal oorzaken aanwijsbaar: het chronisch tijdgebrek waaraan deze hulpverleners lijden en daarmee samenhangend het gebrek aan kennis en inzicht in socio-therapeutische behandelingsvormen en daarmee in de specifieke aanpassingsproblematiek. Daarbij de kritische instelling van de ex-patiënten t.a.v. 'vertikale' en medisch-verpleegkundige behandelingsmodellen en hun 'symbolen', waartegen zij zich vaak al of niet bewust gaan afzetten. Zij vinden de 'dokter' of 'zuster' ouderwets en voelen zich door hen al evenmin

begrepen als door vrienden en kennissen. De gebrekkige communicatie tussen P.G. en nazorginstanties blijkt niet in staat de 'kloof' te overbruggen. Eén en ander leidt ertoe dat de enige vorm van nazorg die konsekwent nog wel wordt geboden die is, welke altijd al vereenzelvigd wordt met het medisch handelen, n.l. het waakzaam observeren van evt. recidiverende symptomatologie en het continueren van de psycho-farmako-therapie.

Hoewel de onvrede van de patiënten met deze gebrekkige functionerende nazorg zeker goeddeels terecht is moet men zich toch weer afvragen, of wellicht bij het 'mondig maken' van de patiënten toch ongewenste polariserende momenten zijn ingeslopen in de behandelingscultuur, b.v. waar de P.G. zich tegen de 'traditionele' werkwijzen afzet om het eigen bestaansrecht te onderstrepen. Naar onze indruk spelen ook niet tijdig herkende autoriteitskonflikten binnen de staf en een onzuiver gebruik van daardoor sterk geladen begrippen als 'demokratisering' en 'autoriteit' hierin een belangrijke rol.

Gezien de teleurstellende ervaringen met de extra-murale nazorg werd aanvankelijk nogal eens een oplossing gezocht in het aangaan van individuele contacten met afdelingspsychiater of groepsbegeleiders. Naast andere nadelen kleefde hieraan het bezwaar dat deze therapeuten daardoor in toenemende mate aan hun gewone werkzaamheden werden onttrokken, waardoor deze oplossing ook erg oneconomisch was.

De eerste ervaringen met nazorggroepen

In 1971 werd vanuit 'Zuideroord' een begin gemaakt met een groepsmatige nazorg van de eigen ex-patiënten. Deze droeg aanvankelijk een verkennend-experimenteel karakter. De deelnemers aan deze z.g. 'ontslaggroepen' werden geselecteerd; slechts degenen voor wie na het ontslag de grootste moeilijkheden werden voorzien kwamen in aanmerking. De deelname aan deze 'open' groepen was vrijblijvend en niet aan een tijdslimiet gebonden. De bijeenkomsten vonden om de twee weken plaats op woensdagavond en werden gehouden in een van de kamers van 'Zuideroord'. De begeleiding bestond uit twee vaste therapeuten; deze hadden geen nauwkeurig omschreven opdracht of referentiekader. De resultaten van de werkwijze bleken niet bemoedigend te zijn.

De groepen werden gekenmerkt door een sombere en gelaten sfeer. Men beschouwde zichzelf (terecht) als een negatieve selectie met slechte vooruitzichten. In plaats van elkaar daaruit te helpen praatte men elkaar vaak nog dieper in de put. Er bestond een sterke afhankelijkheid t.o.v. de begeleiders, die bij gebrek aan kennis en ervaring m.b.t. deze nieuwe problematiek ook niet goed wisten wat ze daarmee aan moesten. De relatief 'besten' ontvluchtten de groep spoedig. Zo bleef uiteindelijk een kerngroep bestaan van de meest moedeloze — tot hospitalose neigende — ex-patiënten, van wie velen ook daadwerkelijk weer opgenomen moesten worden, hetgeen de overblijvenden weer ontmoedigde, etc. Factoren die anders juist een positieve invloed op een groep doen gelden werkten hier ave-

rechts. Kennelijk werden in deze nazorg niet de juiste voorwaarden voor een geslaagde resocialisatie geschapen!

Toetsing van de werkwijze aan therapeutische basisprincipes

Om de oorzaak van dit falen op het spoor te komen toetsten wij de werkwijze aan de eerder genoemde basisfilosofie en aan de basisprincipes van de P.G., ervan uitgaande dat deze zich ook naar de nazorg met behoud van hun geldigheid zouden laten extrapoleren. Wij beschouwden nu de nazorg als de laatste behandelingsfase, gekenmerkt door het feit van het niet langer opgenomen zijn, of anders gezegd: de behandelingsfase met de grootst mogelijke (want 'echte') realiteitskonfrontatie (realiteitsprincipe). Het begrip 'behandeling' begint hier uiteraard wel relatief te worden, maar het heeft toch dezelfde kenmerken als voorheen: zij valt uiteen in een sociotherapeutisch aspekt (het feit van het deel uitmaken van een ontslaggroep en de zekerheden die dat met zich meebrengt) en een meer zichtbaar therapeutisch aspekt in engere zin (dat zich voltrekt tijdens de groepsbijeenkomsten). Dat men elkaar in relaties binnen een groep tot steun kan zijn lijkt geheel overeenkomstig de basisgedachte. Door selectie toe te passen hadden wij echter juist degenen verenigd, die tot onderlinge hulp het minste in staat waren, hen daarmee overbelastend en een te zware wissel trekkend op het prospectieve principe. Bovendien bleek de selectie in strijd met het principe van eenvormigheid-van-behandeling. Omdat dit principe van 'gelijke monniken, gelijke kappen' binnen de P.G. wel konsekwent wordt toegepast is het eens zo begrijpelijk dat de deelnemers aan de ontslaggroepen zichzelf als 'underdogs' gingen beschouwen.

De nazorg was nog niet expliciet in een perspectief geplaatst: zij gold nog niet als een vanzelfsprekende laatste behandelingsfase (prospectief principe), als een stadium met een maximaal gedelegeerde verantwoordelijkheid voor zichzelf en voor elkaar (demokratisch principe) en met een minimale (bege-)leiding (non-direktief principe). De wisselende samenstelling van de open groepen maakte het de begeleiders bovendien onmogelijk binnen een reeks bijeenkomsten aan de met deze principes samenhangende tendensen (naar minder direktiviteit, grotere onderlinge verantwoordelijkheid e.d.) gestalte te geven. De groepen konden zo geen alternatief bieden voor de in deze situatie ontstane neiging bij de patiënten om regressief getinte afhankelijkheidsrelaties met de begeleiders aan te gaan (en in hun persoon met de P.G.), uiteindelijk leidend tot heropname.

Een nieuwe opzet van de nazorggroepen

Uitgaande van de beschreven overwegingen werd begin 1973 tot een andere werkwijze besloten, die naar wij menen meer affiniteit heeft met de basisprincipes en (daardoor) beter aansluit bij de klinische behandeling. De groepsmatige aanpak bleef gehandhaafd, echter de selectie kwam geheel te vervallen. De nazorg is voortaan voor iedereen de laatste behandelingsfase, waarbij de doelstellin-

gen en werkwijze voor iedereen worden geëxpliciteerd, o.a. d.m.v. een stencil dat aan de opgenomen patiënten wordt uitgereikt (Hartman, 1974).

Alle patiënten die in een kalenderkwartaal met ontslag gaan (dat zijn er gemiddeld zes tot acht) vormen aldus samen een ontslaggroep. Deze groep die dus langzaam 'volloopt' komt elke twee weken een avond bijeen en wordt begeleid door twee vaste therapeuten. Doordat deze patiënten een lichter vormen kent men elkaar al enigszins uit de oefengroep. Na drie maanden (men lette op de overeenkomst in duur met de vorige behandelingsfasen) wordt deze 'open' groep 'gesloten'. Nadien wordt de begeleiding nog drie maanden voortgezet. Intussen kunnen in de gesloten groep onderlinge relaties ontstaan die een alternatieve steun kunnen betekenen nadat de begeleiders zich hebben teruggetrokken. De groep blijft zo voortbestaan als een zelfstandig instituut totdat zij op natuurlijke wijze uiteenvalt.

Om de onderlinge contacten te stimuleren worden de bijeenkomsten bij toerbeurt bij de leden van de groep thuis gehouden. De drempel voor een spontaan bezoek wordt zo lager gemaakt. Bovendien ontstaat hierdoor een meer informele sfeer en meer afstand tot de P.G. De thuisbijeenkomsten hebben behalve dat nog andere voordelen: de groepsleden kunnen de problematiek vaak beter plaatsen. Familieleiden kunnen desgewenst vrij ongedwongen meedoen. De organisatie is eenvoudig: er bestaan steeds naast elkaar een 'open' en een 'gesloten' groep (en één of meer zelfstandige groepen). Door de bijeenkomsten afwisselend om de week te laten plaatsvinden kunnen twee begeleiders die één avond per week werken de gehele nazorg voor hun rekening nemen, resp. op gang brengen. Dit is ook uit economisch oogpunt een gunstige situatie. De farmakotherapie blijft vanaf de ontslagdatum voor de verantwoordelijkheid van de huisarts. In de ontslagbrief wordt hij van de gang van zaken op de hoogte gebracht en om zijn medewerking verzocht.

Resultaten en conclusies

Bij het nog ontbreken van een betrouwbare follow-up is het moeilijk de met deze werkwijze behaalde resultaten te evalueren. Wij moeten op onze — voorlopige — indrukken afgaan. Deze zijn echter gunstig: er is een goede doorstroming ontstaan met daardoor minder kans op 'dichtslippen', i.c. hospitalisatie. Spontane onderlinge contacten komen steeds meer op gang en worden door de betrokkenen als waardevol voor de resocialisatie ervaren. De konstantere samenstelling van de groepen maakt het de begeleiders mogelijk met meer beleid te werk te gaan: zo kunnen zij zich steeds minder direktief-hulpverlenend gaan opstellen naarmate de groep langer bestaat. Hun uiteindelijk uittreden is dan voor de groep van een geringe betekenis. Eén der groepen, die al enkele maanden zelfstandig actief is laat via een aangestelde 'sekretaris' af en toe wat van zijn wel en wee horen. Over het algemeen zijn de ex-patiënten enthousiast over de gevolgde werkwijze. Een enkeling maakt daar-

naast nog tot zijn tevredenheid gebruik van de bestaande kanalen. Het ziet er thans naar uit dat een nazorg tot stand gebracht is die meer optimale kansen biedt op een geslaagde terugkeer in de maatschappij. Daarbij is dus het streven naar een non-professionele onderlinge hulpverlening niet ingegeven door economische overwegingen (hoewel deze zeker ook van belang zijn, maar door de gebleken noodzaak geleidelijk de patiënten geheel los te maken van het therapeutisch milieu, zonder dat daarbij evenwel moet worden teruggegrepen op een nazorgpraktijk die door de patiënten als 'vreemd, ouderwets en ontoereikend' wordt ervaren. Eén en ander wordt ondersteund door de visie dat ook in de nazorg de therapeutische basisprincipes op een met de voorafgaande behandeling logisch samenhangende wijze tot uitvoering en afronding moeten worden gebracht. Enkele lokale factoren waren daarbij doorslaggevend, zoals de reeds grotendeels doorgevoerde regionalisatie van het opnamebeleid en de ontslagfrekwentie (die voldoende doorstroming kan garanderen). De psychiatrische heterogeniteit van het patiëntenbestand bleek in deze situatie geen beletsel te zijn.

In een ruimer perspectief

Deze gehele ontwikkeling past in de huidige maatschappelijke tendensen naar uitbreiding van de psycho-sociale hulpverlening met non-professionele en semi-professionele werkers. Dat dit onder bepaalde voorwaarden een vruchtbare ontwikkeling is werd recent o.a. nog eens aangetoond door Bremer-Schulte (1974) die het functioneren bespreekt van 'medehelpers' in ontmoetingsgroepen. In tal van andere situaties zijn de ervaringen overeenkomstig. In zijn onlangs verschenen proefschrift over het lot van de ontslagen psychiatrische patiënt dat de veelzeggend-cynische titel draagt: 'Terug van weggeweest' wijst de Jonghe (1974) erop dat in de literatuur juist hoopvolle resultaten worden gemeld van dié vormen van nazorg, waarbij 'continuity of care' wordt verzekerd. Hieronder wordt dan begrepen: 'dat dezelfde mensen, hetzelfde team, dat voor de begeleiding zorgde in de kliniek, voor de begeleiding na de ontslagdatum instaat'. Het zal inmiddels duidelijk zijn dat wij menen dat in de P.G. tot de begeleiders evenzeer de mede-patiënten gerekend moeten worden.

De 'traditionele' nazorg is verouderd; in hoeverre ex-patiënten ook over langere tijd gerekend in staat zullen blijken elkaar daarvoor (na enige begeleiding) een alternatief te bieden verdient nog nadere evaluatie. Bierenbroodspot (1974) spreekt van de maatschappelijke 'laboratoriumfunctie' die de P.G. juist door de kleine schaal van haar activiteiten kan hebben bij het zoeken van nieuwe wegen, o.a. voor de verhouding van intra- en extramurale zorg. In dit licht bezien zijn onze ervaringen met de nazorgproblematiek wellicht ook in dit stadium reeds interessant voor andere demokratiserende afdelingen en klinieken, die op zoek zijn naar een optimale nazorg.

Samenvatting

In dit artikel wordt vanuit de praktijk in 'Zuideroord' ('Vogelen-

zang') een antwoord geformuleerd op de vraag of de 'traditionele' nazorg nog voldoet, nu steeds meer wordt gewerkt naar de inzichten van de psycho-therapeutische gemeenschap. Nadat in het kort de grondgedachte en de basisprincipes van deze vorm van behandeling zijn genoemd en de betreffende afdeling is geïntroduceerd wordt ingegaan op de specifieke problemen die haar ex-patiënten ondervinden bij hun terugkeer in de maatschappij. Omdat de ervaringen met de 'traditionele' nazorg teleurstellend bleken, werd overgegaan tot het vormen van eigen nazorggroepen. Het aanvankelijk optreden van ongewenste complicaties daarbij (zoals het blijven bestaan van regressief getinte afhankelijkheidsrelaties t.o.v. de psychotherapeutische gemeenschap, dikwijls leidend tot een heropname) kon mede worden verklaard vanuit een niet optimaal toepassen van de basisprincipes in de nazorgpraktijk. In een nieuwe opzet worden gunstiger voorwaarden gezocht: er wordt aangewerkt op een non-professionele onderlinge hulpverlenings-naar-behoefte, geheel los van de psychotherapeutische gemeenschap. De eerste resultaten zijn bemoedigend en rechtvaardigen de voorzichtige konklusie dat een alternatief voor de 'traditionele' nazorg is gevonden.

Summary

In quest of optimal aftercare for the psychotherapeutic community — On the basis of current practice at 'Zuideroord' (mental hospital 'Vogelenzang'), this paper formulates an answer to the question whether 'traditional' aftercare is still adequate in a situation increasingly characterized by work in accordance with the concept of the psychotherapeutic community. After a brief outline of the underlying theory and basic principles of this type of therapy, and introduction of the department involved, the specific problems which confront its ex-patients upon their return to the society are discussed. Experience with traditional aftercare being disappointing, the department has started to form its own aftercare groups. The initial untoward complications attending this process (e.g. persistence of regressively coloured dependency relations with the psychotherapeutic community, often leading to re-admission) could in part be ascribed to less than optimal application of the basic principles in aftercare practice. Efforts are being made to establish more favourable conditions in a new set-up which focuses on non-professional mutual assistance-as-required, quite apart from the psychotherapeutic community. Preliminary results have been encouraging and warrant the tentative conclusion that an alternative to traditional aftercare has been found.

Literatuur

- Bierenbroodspot, P., *De therapeutische gemeenschap en het traditionele psychiatrisch ziekenhuis*. Boom, Meppel (1969).
- Bierenbroodspot, P., 'De therapeutische gemeenschap en de maatschappij van morgen'. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 1974, no. 2.
- Bremer-Schulte, M. A., *Medehelpers in de geestelijke gezondheidszorg*. Dekker & van de Vegt, Nijmegen (1974).
- Eykman, J. C. B., *Klinische psychotherapie bij jeugdigen* (lezing gehouden voor de Sektie Kinder- en Jeugdpsychologie van het N.I.P. te Utrecht, op 26 april 1973).

- Hartman, J., 'Informatie over de ontslaggroepen', stencil voor de opgenomen patiënt, in: *De ontslaggroep, een vorm van begeleiding voor ex-patiënten van Zuideroord*. Feb.-maart 1974 (niet gepubliceerd).
- Jongerijs, P. J., *Sociotherapie in de psychiatrische kliniek*. Van Gorcum & Co., Assen (1963).
- Jongerijs, P. J., Inleiding t.g.v. de eerste officiële manifestatie van de Ned. Ver. v. Werkers in Psychotherapeutische Gemeenschappen. *Documentatiebladen v. d. Ned. Ver. v. Groepspsychotherapie*, no. 30, december 1973 (C72).
- Jonghe, F. de, *Terug van weggeweest* (academisch proefschrift), Boom, Meppel (1974).
- Ree, F. van, *Enkele problemen in een sociotherapeutische gemeenschap*. Maandblad voor de Geestelijke Volksgezondheid, 1972, no. 2.
- Ree, F. van, *Zuideroord-Maatschappij*, zomer 1973 (niet gepubliceerd).
- Ree, F. van en Hartman, J., 'Samenwerking tussen patiënten en behandelingssteam bij een heropname in een sociotherapeutische gemeenschap' in: *Ned. Tijdschrift voor Geneeskunde*, 1973, no. 1.
- Ree, F. van en Hartman, J., 'Behandeling van ernstig verslaafden in een sociotherapeutische gemeenschap'. *Feiten*, 1973, no. 1.