

Token economy: een motiverende omgeving voor chronische patienten *

*B. de Ruiter***

De laatste tien jaar valt er in de psychiatrische inrichtingen een duidelijke vooruitgang te constateren: zo wordt van de patienten die opgenomen worden 60% binnen 6 maanden weer ontslagen, en ruim 80% van de ontslagen valt in de groep die korter dan twee jaar is opgenomen. De oorzaak van deze bemoedigende trend lijkt te maken te hebben met een aantal veranderingen als intensivering van het extra-murale werk, de ontwikkeling van dépot-preparaten, unit decentralisatie, de opkomst van therapeutische gemeenschappen etc. (Pasamanick et al., 1967).

Ondanks deze vooruitgang is de behandeling van de chronische patienten, voor wie de inrichting een thuis geworden is, een groot probleem gebleven. In de eerste plaats betreft het probleem de patienten zelf: naarmate zij langer in een inrichting verblijven, gaan zij geleidelijk aan een steeds groter wordend aantal secundaire handicaps vertonen, samengevat als het hospitalisatiesyndroom. Men bedoelt hiermee de gevolgen van een langdurige opname die omschreven worden als apathie, afhankelijkheid, gebrek aan initiatief, berusting en vertrouwen op fantasie (Wing en Brown, 1970). Veel van deze patienten hebben weinig méér behoeften dan slapen, eten en een sigaret; zij hebben weinig interesse in de dingen die om hen heen gebeuren, veeleer trekken zij zich pratend in zichzelf terug in een wandeling over een lange gang, contact met alles en iedereen vermijgend. Een aantal kent hun medepatienten waar zij 10 jaar of langer mee samenwonen niet bij naam. Contacten met eventuele relaties buiten de inrichting zijn al lang uitgedoofd. Naast dit verarmde gedragsrepertoire van chronische patienten, zien we een aantal ideosyncratische afwijkingen als het uiten van irrelevante taal, met open mond langdurig voor de spiegel staan, om de vier stappen tegen de muur schoppen, de muur kussen etc. In het algemeen zijn deze patienten weinig gemotiveerd, mat en afwachting op wat komen gaat. Het toekomstperspectief voor deze patienten is gering. De kans op ontslag daalt na een opname van twee jaar

* Dank aan P. Tubée, A. de Vries, F. de Poorter en T. Vossen.

** Psycholoog, Rijks Psychiatrische Inrichting, Eindhoven, geneesheer-directeur J. B. van Borssum Waalkes.

aanzienlijk, en bovendien keren 2 van de 3 ontslagen chronische patiënten binnen 6 maanden weer naar de inrichting terug. In Nederland bestaat deze chronische populatie uit 75% van het totaalbestand. 50% verblijft langer dan 10 jaar in de inrichting.

Naast dit probleem van de patiënten, bestaat er in de tweede plaats het probleem van het verpleegkundig personeel en hun relatie met de patiënten. Zo bleek uit een onderzoek van Gelfand et al. (1967) hoe vrij veel afwijkend gedrag van de patiënten door het verpleegkundig personeel in stand gehouden werd. Uit een onderzoek van Mikulic (1971) bleken patiënten die zich afhankelijk toonden meer aandacht te krijgen van het personeel dan patiënten die actief en onafhankelijk waren. Dunham en Weinberg (1962) geven in hun beschrijving van de 'favoriete patient' aan, hoe verpleegkundigen het gedrag van gehospitaliseerde patiënten vormen en versterken.

Dat het therapeutisch klimaat op chronische afdelingen verre van optimaal is, zien we ook uit resultaten van onderzoek als van Cohler en Shapiro (1964) en Katz et al. (1972): personeel op chronische patiënten neigt contact met de patiënten te vermijden door zich alleen of interacterend met collega's op het kantoor terug te trekken, ofwel te vluchten in werkzaamheden van administratieve en organisatorische aard. Daar er voor deze groep weinig doelgerichte behandelingsmethoden zijn zien we het verpleegkundig personeel, eenmaal aan hun lot overgelaten, op inconsistente, weinig therapeutische wijze met de patiënten omgaan.

In de derde plaats signaleren we als probleem bij de behandeling van chronische patiënten de geringe 'job satisfactie' van de verpleegkundigen op verblijfsafdelingen. Uit het weinige onderzoek dat ons bekend is naar de job satisfactie, bleken significante verschillen te bestaan tussen chronische en opname-afdelingen op een aantal factoren als waargenomen zinvolheid van het werk, duidelijkheid, samenwerking, organisatiestructuur, onderlinge communicatie en tevredenheid. (Sondermeyer, 1973; Tubée en de Ruiter, 1974). Werken met de zich verwaarlozende, verbaal weinig begaafde patiënten op chronische afdelingen werd laag gewaardeerd, o.m. door de doelloosheid en het ontbreken van duidelijk omschreven plannen. Leerling verpleegkundigen, jong gediplomeerden en arbeidstherapeuten kijken uit naar het moment van overplaatsing naar de relatief weinige opname-afdelingen waar de therapeutische successen geboekt kunnen worden.

Samengevat kunnen we zeggen, dat verpleegkundigen en arbeidstherapeuten noch de optimale condities bieden waaronder de patiënten optimaal zouden kunnen functioneren, noch zelf onder de optimale condities werken.

In een overzichtsartikel over de chronische patient concludeert Paul (1969), dat een van de weinige behandelingsprogramma's

voor deze mensen de token economy (T.E.) is. De T.E., in het begin van de jaren '60 in de V.S. ontwikkeld door Ayllon et al. (1959, 1968) is een motiverend programma, waarbij door het verpleegkundig personeel de methode van gedragsverandering op grote schaal toegepast wordt bij groepen gehospitaliseerde patiënten. De principes waarop de T.E. gebaseerd is, zijn elders uitvoerig beschreven. (Ayllon en Azrin, 1968; Schaeffer en Martin, 1969). Kort samengevat is de T.E. een afdelingsprogramma om het gedragsrepertoire van patiënten uit te breiden, waarbij de interactie tussen de verpleegkundigen en de patiënten centraal staat. Deze interactie, in de vorm van aandacht en ook meer materiele bekrachtigers, is erop gericht patiënten verantwoordelijk te stellen voor hun eigen gedrag. Op zich is dit niets nieuws, en vinden we dergelijke ideeën al terug in de milieutherapie. Wat wel nieuw is, is dat het gedrag op een systematische, van te voren geplande wijze veranderd wordt. Token economy, enerzijds als methode van 'ward management', anderzijds als behandelingsmethode, heeft de laatste jaren in de Engels-talige landen een hoge vlucht genomen, niet alleen bij chronisch schizofrenen, maar ook bij delinquenten, zwakzinnigen en agressieve psychotici. Voor een overzicht van toepassingsgebieden en evaluaties van programma's verwijzen we naar Kazdin en Bootzin (1972).

In Nederland is de T.E. betrekkelijk nieuw. Poslavsky (1973) bespreekt de opzet van een gedragstherapeutische afdeling op de W.A. Hoeve in den Dolder; een overzicht van de praktische problemen bij de opzet van een T.E. wordt gegeven door Okma en de Ruiter (1971).

In september 1972 werd op de Rijks Psychiatrische Inrichting te Eindhoven, na een voorbereidingsperiode van 8 maanden gestart met een dehospitalisatieproject, gebaseerd op het T.E. systeem'). De eerste doelstelling van het project was een systematisch programma te ontwikkelen, gericht op alle aspecten van het dagelijks leven, om hun die gedragingen te leren waardoor zij als verantwoordelijke mensen zouden kunnen functioneren.

In dit eerste artikel over de T.E. willen we een overzicht geven van de methode en de procedures die gebruikt werden en de effecten van een jaar T.E. op specifiek doelgedrag.

De afdeling, patientenpopulatie en personeel

Uit de unit voor forensische psychiatrie werden 30 manlijke patiënten geselecteerd op de volgende criteria: diagnose chronisch schizofreen, voor zover bekend geen hersenorganische stoornis, fysiek in een redelijke conditie en niet ouder dan 60 jaar. De

* Dit onderzoek werd gesubsidieerd door het Ministerie van Volksgezondheid.

gemiddelde leeftijd van de groep was 43 jaar (range 21-58); het aantal jaren dat de patienten opgenomen waren varieerde van 1 tot 25, met een gemiddelde opnameduur van 13 jaar. De afdeling werd gevestigd in een vleugel van een paviljoen voor verblifspatienten.

Teneinde in het programma alle aspecten van het dagelijks leven te kunnen betrekken, werd een arbeidstherapieruimte alleen voor de patienten van het project beschikbaar gesteld.

Personeel dat bij het project betrokken was, bestond uit twee gediplomeerd verpleegkundigen en twee arbeidstherapeuten. Deze vaste staf werd aangevuld met 5 leerling-verpleegkundigen, die na 6 tot 8 maanden vervangen werden door nieuwe leerlingen, zoals dat gebruikelijk is in het kader van de B-opleiding. Gestreefd werd naar een 4-mans bezetting per etmaal, opdat optimaal 's morgens twee, 's middags een en 's avonds twee medewerkers aanwezig waren en 's nachts een wacht. Voor aangelegenheden van medische aard was een van de artsen van de unit beschikbaar. De supervisie over het project had de auteur, een psycholoog, die als lid van het verpleegkundig team, voornamelijk een adviserende rol had t.a.v. de verpleegkundigen en therapeuten, die verantwoordelijk waren voor het ontwikkelen en uitvoeren van de programma's.

Ondanks het experimentele karakter van de afdeling, was zij administratief, economisch en organisatorisch normaal als een onderdeel van de unit te beschouwen.

Vorbereidende fase

Daar het feitelijke werk met de patienten in de T.E., i.e. de reacties van de verpleging op de patienten, het selecteren en bekrachtigen van doelgedrag, door het verpleegkundig personeel gedaan wordt, is de eerste stap bij de opzet van een T.E. de opleiding en de training van de medewerkers. Daar een theoretische opleiding in de methode van de gedragsverandering geen garantie biedt voor de wijze waarop de verpleegkundigen met de patienten omgaan (Panyan et al., 1970), werd de theorie-opleiding aangevuld met praktische training en oefening van systematische observatie, het geven van bekrachtiging, discussie over gehospitaliseerde mensen en de benadering van dezen. De doelstelling van de training was de medewerkers vaardigheden in de omgang met de patienten te leren, waardoor hun attitude t.a.v. deze groep kon veranderen; een belangrijk aspect in de T.E. is, dat medewerkers in opleiding leren, dat patienten mensen zijn, wier bestaande gedragstekorten en — tevelen, en de verandering van het gedrag voor een groot gedeelte een functie zijn van het doen en laten van de verpleegkundigen, en geen eigenschappen van de defect-schizofreen. Na een periode van globale observatie van de patienten, training van de medewerkers en plannenmakerij, werd door de medewerkers een aantal gedragsaspecten ge-

selecteerd, welke als doelgedrag voor beloning met 'tokens' in aanmerking kwamen. Uit een enquête die onder al het personeel van de inrichting dat de patienten kort of lang kende, gehouden werd, bleek de groep als zeer gestoord en gehospitaliseerd beoordeeld te worden; voorts had men een slechte prognose m.b.t. een verandering ten goede of ontslag.

Een eerste probleem dat de medewerkers bij de inventarisatie tegenkwam betrof de geringe motivatie van de patienten bij de zelfverzorging als uit bed te komen, zich te wassen en er redelijk verzorgd uitzien. Voorts kwamen zij nooit of niet op tijd op de arbeidstherapie; velen liepen daar in zichzelf pratend wat rond of sliepen met het hoofd op de tafel. De onderlinge interactie was minimaal. Een ander probleem dat het personeel in het werk op een chronische afdeling tegenkwam, was het ontbreken van een concreet referentiekader voor de omgang met de patienten, met het gevolg dat door het personeel op niet consistente wijze op het gedrag van de patienten gereageerd werd.

Het eerste doelgedrag waar we ons op wilden richten, was de zelfredzaamheid van de patienten. Dit werd als volgt geoperationaliseerd: a) zonder door de verpleging gewekt te worden op tijd uit bed komen, b) het bed opmaken, c) wassen en scheren, d) er verzorgd uitzien, e) medicijnen innemen, f) handen wassen voor het eten, g) eens per week het bed verschonen, h) twee maal per week douchen, dit alles zonder dat de verpleegkundigen hen daartoe behoefden te instrueren of de helpende hand te bieden. Dat het accent in eerste instantie op deze zelfredzaamheid op eigen initiatief werd gelegd had twee redenen: in de eerste plaats zijn gehospitaliseerde patienten zover afgezaakt, en is hun eigenwaarde dermate gedevalueerd, dat zij het niet meer opbrengen om aan de elementaire eisen van zelfstandigheid, zoals die in onze cultuur zijn, te voldoen. In de tweede plaats legden we de nadruk op het eigen initiatief, daar we bij gehospitaliseerde patienten vaak het verschijnsel zien, dat de mate van zelfredzaamheid een functie is van de bemoeienissen van de verpleging.

Het tweede doelgedrag waar we ons op wilden richten, was het functioneren op de arbeidstherapie, door in eerste instantie een zekere regelmaat in werkgedrag te ontwikkelen, en vervolgens die vaardigheden te leren die noodzakelijk waren om een werkplaats zelfstandig te runnen.

Het derde doelgedrag dat vooreerst geselecteerd werd, was de deelname aan alle activiteiten die binnen en buiten de inrichting mogelijk waren als: het verzorgen van de afdeling, maaltijden en corvée-werkzaamheden, deelname aan groepsactiviteiten, telefoneren, winkeltraining en schouwburgbezoek, kortom al het gedrag dat incompatibel was met apathie.

Door deze mensen te leren en te motiveren het gedrag uit dit basis-programma weer op het repertoire te hebben, wilden we minimale condities scheppen om als verantwoordelijke mensen te kunnen functioneren. Van al deze gedragingen werden door

de medewerkers gedurende enkele maanden basis-lijnen gemaakt, d.w.z. van al die gedragingen die in de experimentele fase met tokens beloond zouden worden, werd de frequentie geregistreerd om de effecten van de T.E. op het specifieke doelgedrag te kunnen evalueren.

Procedure en registratie

In de week voor het programma van start ging, werd de bedoeling en de werkwijze van de T.E. duidelijk gemaakt in een afdelingsbespreking, in kleine groepjes en in enkele gevallen individueel. De nadruk werd gelegd op het feit dat de patienten zelf verantwoordelijk waren voor hun eigen gedrag, en dat het van hun gedrag, i.e. het aantal tokens dat zij verdienden, afhing wat voor privileges of materiële goederen zij konden krijgen, en niet van de verpleging. Er werd een handleiding gemaakt voor patienten en medewerkers (Tubée en de Vries, 1972) waarin duidelijk omschreven stond waar tokens mee verdiend en aan uitgegeven konden worden. Criteria werden opgesteld of het doelgedrag al of niet was uitgevoerd om subjectieve en willekeurige factoren van de medewerkers bij de beoordeling en de beloning van het gedrag zoveel mogelijk te elimineren. Van een aantal complexe gedragscriteria als het eigen bed opmaken, het bed verschonen en er verzorgd uitzien, werd de betrouwbaarheid bepaald door twee medewerkers deze gedragingen tegelijkertijd onafhankelijk van elkaar te laten beoordelen. De mate van overeenstemming was voor alle drie de gedragingen significant ($p < 0.001$) op Cohen's *k*-toets (Cohen, 1960).

Een andere procedure om de consistentie in de benadering van de patienten door de medewerkers te bevorderen waarvan gebruik gemaakt werd, was die welke door Ayllon en Azrin beschreven wordt als de 'plaats- en tijdregel'. Voor iedere dienst gold een dagelijks terugkerend rooster van de plaats en de tijd waar en wanneer het gedrag uit het basisprogramma beoordeeld en beloond moest worden. Door zeer duidelijke criteria en vaste beloningsschema's voor de medewerkers en de patienten te ontwikkelen, kon willekeur in de beoordeling en de beloning van het gedrag als het gevolg van wisseldiensten, nieuwe leerlingen en humeur van de verpleegkundigen aanzienlijk beperkt worden. Patienten werden onmiddellijk na het uitvoeren van een doelgedrag met een van te voren vastgesteld aantal tokens beloond. Zo kreeg iemand die 's morgens op een bepaalde tijd uit bed was 1 token, zijn bed had opgemaakt 2, zich gewassen had en er verzorgd uitzag 5, op tijd op de werkplaats was 5 tokens etc. Het geven van tokens ging altijd gepaard met een goedkeurende opmerking en een verbale omschrijving waarvoor tokens gegeven werden. Evenzo werd door de medewerkers systematisch uitleg gegeven wanneer een patient geen tokens kreeg.

Op de arbeidstherapie werden de patienten op basis van hun

werkgedrag ingedeeld in een aantal betaalniveaux. Werkgedrag werd geoperationaliseerd als het percentage tijd dat de patienten aan het werk waren, gemeten met een variabel intervalschema van 30'. Een betaalschema van 3 niveaux werd gebruikt om werkgedrag te ontwikkelen en in stand te houden (zie tabel I), waarbij het interval tussen het werkgedrag en de beloning steeds groter werd. Dag- en weekbonussen werden gegeven contingent aan een bepaald percentage werkgedrag.

I: Betaalschema werkgedrag op de arbeidstherapie

% werkgedrag per week	betaalschema
<50	V.I. 3'-30'
50-80	dagelijks
>80	wekelijks.

Tokens waren biljetten van 6 x 5 cm, waarop een waarde was gedrukt. Iedere keer dat een patient tokens ontving, werd er de naam, de datum en de paraaf van een medewerker op geschreven. Deze vorm leek in dit project het meest geschikt om diefstal, lenen van tokens en zwarte handel te voorkomen. Verdienende tokens konden onmiddellijk ingeruild worden voor bekrachtigers. Items waaraan de patienten hun verdiende tokens konden uitgeven bestonden uit een aantal categoriën: a) privacy, als de keuze van de slaapgelegenheid (kamertjes of slaapzalen), t.v. kijken, eerder dan 22.00 naar bed, het opnemen van geld etc. b) consumptieve waren als frisdranken, iets extra's bij de maaltijd rookwaar etc. Op de afdeling en de arbeidstherapie werden winkeltjes ingericht waar een groot assortiment consumeerbare artikelen voor tokens te koop was. c) een derde categorie bestond uit alle mogelijke vrijheden die de patienten konden kopen. d) ten slotte kon men op de tokenbank met rente sparen voor luxe artikelen als radio's, horloges, inrichting voor een eigen kamer etc. Alle tokenstransacties als inkomsten en uitgaven werden onmiddellijk op zwerflijsten die de medewerkers bij zich droegen genoteerd. Per dag werden de cumulatieve totalen van inkomsten uitgaven en tegoeden berekend. Aan het einde van de week werd per patient en voor de gehele groep een weekbalans gemaakt, waardoor een overzicht verkregen werd van de bedragen die zij hadden verdiend en uitgegeven en de tegoeden voor de volgende week. Naast deze economische informatie, werd ook de participatie van de patienten aan alle activiteiten geregistreerd. Per patient en van de gehele groep werd wekelijks een percentage berekend door het feitelijk aantal uitgevoerde items te delen door het maximum aantal uit te voeren items. Zo wil een zelfredzaamheidsscore van 75% zeggen dat $\frac{3}{4}$ van alle items die behoren tot het zelfredzaamheidspakket zijn uitgevoerd. De wekelijkse informatie over zelfredzaamheid en totale tokeninkomsten werden op een opvallende plaats op de dagzaal op een scorebord bijge-

houden, zodat iedere patient feedback kreeg over zijn functioneren in de afgelopen week en dat van zijn medepatienten. Het doel van dit informatiesysteem was twee-ledig: in de eerste plaats konden patienten en medewerkers op ieder moment van de dag beschikken over objectieve informatie aangaande het functioneren van de groep en de individuele patient. En in de tweede plaats konden op basis van deze informatie beslissingen genomen worden over eventueel aan te brengen veranderingen in het systeem.

Resultaten

Ondanks de vrees van enkele medewerkers dat niet alle patienten het systeem zouden accepteren of begrijpen, repondeerden allen binnen 10 dagen, d.w.z. verdienden en spendeerden tokens. In tabel II geven we een overzicht van de beloning met tokens op 5 categoriën specifiek doelgedrag uit het basisprogramma van de gehele groep.

De verschillen tussen de basislijnperiode en de gemiddelde groepsscore van de laatste 4 weken na een jaar T.E. werden op significantie getoetst met de Wilcoxon T-toets (Siegel, 1956).

II: Effecten T.E. op specifiek doelgedrag

gedrag, gemiddeld %	basislijn	na 1 jaar T.E.	D	T	p-waarde
zelfredzaamheid	43	80	37	0	0.0001
werkgedrag A.T.	53	74	21	0	0.0005
op tijd op A.T.	67	94	27	0	0.0001
aanwezigheid op A.T. 60% 52		65	13	0	0.0005
deelname groeps- activiteit, gemiddeld per keer	5.2	9.5	4.3	0	0.005

Al het doelgedrag dat in de T.E. werd opgenomen bleek significant te zijn toegenomen, zonder dat de verpleegkundigen en therapeuten de patienten behoeften aan te sporen of te dwingen. Een grotere mate van onafhankelijkheid en eigen verantwoordelijkheid zagen we b.v. terug in het ochtendpakket: een van de moeizaamste zaken voor patienten op chronische afdelingen is 's morgens uit bed te komen. Op de T.E. kochten de patienten geleidelijk aan van hun verdiende tokens wekkers, nu zij niet meer door het personeel wakker gemaakt werden, of vroegen aan medepatienten dit te doen. Ook zagen we een steeds groter aantal mensen dat op de arbeidstherapie de gang van zaken regelde, zich na het werk ging douchen, de maaltijden voorbereidde, in de keuken voor tokens gekochte eieren en soep aan het klaarmaken was, kortom zich met allerlei zaken bezighield zodra het met tokens beloond werd, in tegenstelling tot voorheen, toen het merendeel van de patienten apathisch voor zich uitkij-

kend gelaten wachtte op wat komen ging. Voor het verpleegkundig personeel betekende dit een aanzienlijke taakverschuiving: in plaats van de patienten te helpen, leerde het de patienten zichzelf te helpen.

Wanneer we naar de trend van responderen kijken, dan valt op, dat we afwisselend perioden van stijging en stabilisatie zien. Een van de oorzaken van deze plateauvorming lijkt het economisch evenwicht tussen inkomsten en prijzen te zijn: een stabilisatie ontstaat, wanneer een bepaald activiteitsniveau voor de patienten een voldoende hoeveelheid tokens oplevert, waardoor men niet gemotiveerd is méér gedrag te vertonen. Ligt het inkomen lager dan wat nodig is voor een bepaald bestedingspatroon, dan stijgt de mate van activiteit, en daardoor het inkomen tot het evenwicht weer bereikt is. Het bleek dan ook noodzakelijk herhaaldelijk het economisch systeem bij te sturen naarmate de patienten meer gedrag gingen vertonen, door prijsverhogingen in te voeren en nieuwe bekrachtigers te vinden waaraan patienten hun tokens uit konden geven. Een procedure die veel gebruikt werd om de patienten nieuwe bekrachtigers aan te leren, was wat Ayllon en Azrin 'reinforcer sampling' noemen, 'snuffelen aan de bekrachtiger'; deze procedure bestaat hieruit dat de patienten eerst aangemoedigd worden om met potentiële bekrachtigers kennis te maken. Zodra deze waarde hebben gekregen, worden zij met tokens belast. Op de R.P.I. werd deze methode o.m. toegepast bij het aanleren van een recreatieve activiteit als bekrachtiger, schouwburgbezoek. Het gemiddelde schouwburgbezoek in de basis-lijnperiode van enkele maanden was 0,03%. Bij een betaling van 25 tokens per keer, steeg het bezoek tot 50%. Na 6 maanden beloning met tokens, werd van de patienten die naar de schouwburg wilden 15 tokens gevraagd. Het gemiddeld bezoek was 36%. Een samplingperiode van 6 maanden had effect om ruim 35% van de mensen een nieuwe activiteit als bekrachtiger aan te leren.

Discussie

Als we terugkijken naar de ervaringen met de T.E. zoals tot nu toe beschreven, dan lijken verschillende zaken het belang.

In de eerste plaats: geen enkele afdeling binnen een inrichting is een unit op zichzelf; de activiteiten van iedere afdeling hangen af van de medewerking en de steun van een groot aantal sectoren in de inrichting. Juist door het experimentele karakter, is openheid, samenwerking met en bekrachtiging van sectoren die indirect bij dergelijke projecten betrokken zijn van groot belang voor de ontwikkeling van de continuïteit.

In de tweede plaats: een belangrijk aspect van de T.E. is, dat de programma duidelijk omschreven doelen heeft en de verantwoordelijkheid naar de patienten teruggespeeld wordt: zowel de verpleging als de patienten kunnen in een T.E. minder gemak-

kelijk door elkaar gemanipuleerd worden; privileges die verpleegkundigen kunnen geven zijn direct een functie van het, op objectieve criteria beoordeelde gedrag van de patienten, n.l. het aantal tokens dat men heeft, en niet van het uitspelen, inpalmen of ompraten van medewerkers, of omdat de verpleging sympathie of antipathie jegens de patient heeft, in de zin zoals Dunham en Weinberg dit beschreven.

In de derde plaats willen we concluderen dat de onmiddellijke omgeving voor een zeer groot gedeelte het gedrag van de patienten bepaalt, en dat chronische patienten wel degelijk gevoelig zijn voor hun omgeving. Vaak worden deze mensen niet in staat geacht om op coherente wijze op hun omgeving te reageren, en deze vooronderstelling wordt vaak door het klinisch beeld bevestigd. Wanneer er evenwel een omgeving gecreëerd wordt die normaal en coherent gedrag uitlokt en bekrachtigt, zal dat gedrag ook vaker optreden. In een volgend artikel zullen we de aard van die omgeving nader bespreken.

Tenslotte: ondanks de systematische opzet en programmering houdt de T.E. niet in, dat er een mechanisch of dwang-regime ontstaat: succes van een T.E. vooronderstelt een positieve en gestructureerde benadering in de omgang met mensen.

Een van de bezwaren die nogal eens geuit worden tegen het systeem, zoals beschreven in de engels-talige literatuur, is het probleem van de deprivatie. Deprivatie hebben we in het programma op de R.P.I. niet toegepast: we realiseerden ons dat het daarentegen voor een motiverende omgeving belangrijker was het behoeftepatroon van chronische patienten, dat immers toch al zo laag is, juist te vergroten. Het is humaner en op langer termijn effectiever patienten via het tokensysteem nieuwe activiteiten als bekrachtiger aan te leren, dan tot in eeuwigheid gebruik te blijven maken van de weinige bestaande bekrachtigers als de maaltijd, het rokertje en het bed.

Literatuur

- Ayllon, T. en Azrin, N. H.: *The token economy: a motivational system for therapy and rehabilitation*. New York: Appleton-Century-Crofts, 1968
- Ayllon, T. en Michael, J.: The psychiatric nurse as a behavioral engineer. *J. Exp. Anal. Beh.*, 1959, 2, 323-334
- Cohen, J. A.: A coefficient of agreement for nominal scales. *Educational and psychological measurement*, 1960, 20, 37-46
- Cohler, J. en Shapiro, L.: Avoidance patterns in staff-patient interactions on a chronic schizophrenic treatment ward. *Psychiatry*, 1964, 27
- Dunham, H. W. en Weinberg, S. K.: *The culture of the State Mental Hospital*. Detroit: Wayne State University Press, 1960
- Gelfand, D. M., Gelfand, S. en Dobson, W. R.: Unprogrammed reinforcement of patients' behaviour in a mental hospital. *Beh. Res. and Ther.*, 1967, 5, 201-207
- Katz, R., Johnson, C. en Gelfand, S.: Modifying the dispensing of rein-

- forcers: some implications for behaviour modification with hospitalized patients. *Beh. Ther.*, 1972, 3
- Kazdin, A. en Bootzin, R.: The token economy: an evaluative review. *Journ. of Appl. Anal. Beh.*, 1972, vol. 5, 3, 343-373
- Mikulic, M. A.: Reinforcement of independant and dependant patient behaviours by nursing personnel, an exploratory study. *Nursing Research*, 1971, 20, 162-165
- Okma, W. en de Ruiter, B.: *Problemen bij de opzet van een token economy*, I.C.I.P., Utrecht, 1971
- Panyan, M., Boozer, H. en Morris, N.: Feedback to attendants as a reinforcer for applying operant techniques. *Jour. of Appl. Beh. Anal.*, 1970, 3, 1-4
- Pasamanick, B., Scarpitti, F. R., en Dinitz, S.: *Schizophrenics in the community: an experimental study in the prevention of hospitalization*. New York: Appleton-Century-Crofts, 1967
- Paul, G.: Chronic mental patient: current status-future directions. *Psych. Bull.*, 1969, 71, 81-94
- Polslavsky, A.: Over klinische toepassingen van gedragstherapie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 1973, 15, 41-55
- Schaeffer, H. en Martin, P.: *Behavioral Therapy*. McGraw-Hill Book Company, 1969
- Siegel, S.: *Non-parametric statistics*. McGraw-Hill Book Company, 1956
- Sondermeyer, T.: *Job-satisfactie op een aantal afdelingen van een psychiatrische inrichting: een sociologische studie*. Ongepubliceerd, R.P.I. Eindhoven, 1973
- Tubée, P. en de Ruiter, B.: *Job-satisfactie bij leerling verpleegkundigen*. Ongepubliceerd, R.P.I., Eindhoven, 1974
- Tubée, P. en de Vries, A.: *Wegwijs in Tokenland: een handleiding voor patienten en personeel*. Ongepubliceerd, R.P.I., Eindhoven, 1972
- Wing, J. K. en Brown, G.W.: *Institutionalism-schizophrenia*. Cambridge, 1970