Onze gebruikelijke fouten*

*door Drs A. H. Hijmans van den Bergh***

Inleiding

Mijn onderwerp is: residentiële (klinische) psychotherapie bij ernstig neurotische pubers en adolescenten. De problemen in dit gebied zijn talrijk.
Voorzieningen voor staf-overleving moeten vroeg worden getroffen: daarmee voorkomt men bij de staf onbewuste overlevings-manoeuvres die de behandeling schaden. Het aantal stafleden in een jeugdafdeling kan nooit erg laag zijn, en systematische zorg voor team-work en wederzijdse supervisie ('intervisie') vraagt onze aandacht van uur tot uur (ik overdrijf niet). Persoonlijke groei bij patiënten bereikt men niet zonder persoonlijke groei bij de staf; senior-ervaring stelt aan deze regel geen grens.
Residentiële behandeling zonder het agens van een patiëntengemeenschap is nonsens, en deze gemeenschap moet dus gerund worden langs de psychotherapeutische weg. De 'psychotherapeutische weg' is nogal veeleisend, en de pelgrimage zal zowel staf als patiënten al spoedig decimeren wanneer we het contact verliezen met de god van humor, tolerantie en improvisatie. Dat is dus de god van de niet-neurose: humor, tolerantie en improvisatie staan tegenover neurotische rigiditeit. De stafgroep moet psychisch gezond functioneren – wat een eis!
Vervolgens. Vertrouwdheid met Oedipus en zijn familie 'binnenin' onze patiënten is niet voldoende. We moeten ook vertrouwd zijn met de honden die de maatschappij beschermen tegen waarheid en angst. Zo moet, enerzijds, een klinische afdeling een fort zijn waarin de patiënt veilig is opdat zijn eigen angstniveau kan dalen, en we dienen de manieren te kennen waarop dat werkelijk kan. Anderzijds hebben wij te behandelen binnen de maatschappij en niet buiten of zonder haar; wij en de patiënten moeten leren het lot te ge-

* Tekst van een voordracht gehouden op het 5de congres van de Union Europäischer Pädopsychiater te Wenen (30/6-5/7 1975). De vertaling van de in het engels geschreven tekst is wat langer, en er zijn enkele verduidelijkingen en toevoegingen ontstaan.

** Chef de clinique Jeugdafdeling 'De Viersprong' te Halsteren (Geneesheer-directeur dr P. J. Jongerius).

bruiken en het niet te bevechten, zoals een zeeman de winden niet bevecht.
Ten slotte. Ouders (en andere belangrijke personen) bestaan. Ouders bestaan ten zeerste al kan dat soms matig stroken met stafbehoeften, en 'wat doe je met ouders?' hoort bij onze vragen en taken.
Zo leert een vlugge schets ons dat onze steeds falende kundigheid met de volgende verhandeling wel niet veel zal opschieten; en dat het zeker geen zin heeft om knap te spreken over patiënten en te zwijgen over staf. Er is één ding dat we kunnen doen: we stoppen de inleiding, proberen *geen* brede deliberaties, en we houden pardoes een kleine parade van fouten die wij allen herhaaldelijk moeten maken voordat we ze zien.
Dan voeg ik nog even toe dat de plaats waar ik en wij onze fouten maken 'De Viersprong' is, een centrum voor psychotherapie in Halsteren en bestaande sinds 1957. Onze ervaring in de behandeling van neurotische volwassenen is van belang geweest voor onze jeugdafdeling die startte in de herfst van 1970. Onze patiënten (maximaal 40) zijn mannelijk en vrouwelijk en 13 tot 19 (20) jaar oud. De behandeling kan 8 tot 18 maanden duren, dikwijls een jaar. Diagnostisch accepteren wij een breed scala van gevallen, ons voornaamste criterium is een redelijke mate van motivatie, en wij aanvaarden het risico van psychotische episoden. Wij menen dat zelfs het kleinste détail in stafreacties of stafbeslissingen signaalwaarde heeft en we geven veel aandacht aan de samenhang tussen deze signalen. We zijn een klein beetje trots op onze medicatie-statistiek die tot nul nadert en op een even laag cijfer voor personeelswisseling. Die dingen hangen samen, zoals ook relatief lage cijfers voor door patiënten aangerichte schade. We houden natuurlijk van onze eigen kliniek-'philosophy' en van ons behandelingspakket. En *niettemin* verwachten wij oprecht, met enige frustratie, dat onze *resultaten* niet beter zullen zijn dan die van andere behandelings-forten.*
Er bestaan prikkelende opvattings- en werkverschillen tussen klinieken. Maar van collega's in Holland, Engeland, Duitsland en de V.S. hebben we geleerd dat veel ervaringen in dezelfde richting wijzen.

Naast persoonlijke contacten zijn er nog de publikaties. We moeten ons er rekenschap van geven dat de ontwikkeling van gespecialiseerde psychotherapie van jeugdigen laat is gekomen in de geschiedenis van de psychiatrie en de psychotherapie, en in de geschiedenis van de diverse vormen van zorg voor jeugdigen die de maatschappij geproduceerd heeft. Dan nog valt, na bij benadering vijftien jaren, de relatieve schaarste aan publikaties op. De gecompliceerdheid van het werk in wat ik behandelings-forten noemde, en het type van engagement van de werkers, vergemakkelijken niet de produk-

* Het rendement van psychotherapie is een merkwaardig onderwerp met veel paradoxen. Op proces en resultaten van klinische psychotherapie is uiterst weinig onderzoek gedaan. Ons eigen follow-up onderzoek zal t.z.t. gepubliceerd worden.

tie van vakliteratuur. De bestaande boeken en artikelen getuigen van de groei van overeenkomstige ideeën op verschillende plaatsen.

Dan zullen we ons nu wenden tot een kleine en losse verzameling van sommige van onze fouten.

I

Bij residentiële behandeling behandelt één groep (de stafgroep) een andere (de patiëntengroep). Dit blijft waar, ook wanneer via milieutherapie de patiënten elkaar 'behandelen'. Staf-smaak, stafbehoeften en staf-kwaliteit bepalen de grenzen van het staf-vermogen. Kort gezegd: aandacht voor staf is daarom belangrijker dan aandacht voor patiënten.

'Idealisme' is een vergissing. Met idealisme bedoel ik dan: het stellen van een fraaie toestand bij de patiënt als doel, zonder middelen daartoe bij de staf. Zulk idealisme leidt tot een onbewuste stafambivalentie die de behandeling vernietigt. Een klinische setting maakt zonneklaar dat ego's ego's moeten behandelen. Als superego's de behandeling overnemen, zullen ze al spoedig pseudosuperego's aan het behandelen zijn, waarop de behandeling vastraakt in de modder van id-materiaal.

II

Ik ben het eens met Evans van de universiteit van Edinburgh dat de 'key man' in een staf op een eigen wijze het therapeutisch potentieel van de staf mee-bepaalt en mee-garandeert. Hier is onduidelijke 'democratie' onze eerste fout. Gedeelde verantwoordelijkheid moet een *centrum* hebben. Een goed ontwikkelde, moedige en boven tafel kritiserende staf staat tegenover dit feit ondefensief.

Evenzo dient een patiënt te ervaren dat één persoon de volle verantwoordelijkheid met hem deelt voor zijn *hele* persoon, zonder uitsluiting van enige levenssector. Intussen kunnen we zeer ver gaan in het aanbieden van een therapeutisch *team* aan de patiënt – maar mét een centrum-persoon in dat team. Het bestaan van zulk een persoon voor de patiënt is een existentiële noodzaak, en moet niet verward worden met psychodynamica: de patiënt kan bijvoorbeeld identificatie of strijd aangaan met heel andere personen.

III

Hoe nemen we een patiënt waar?

De meest primitieve (maar ook grondig geldige) manier om een patiënt te percipiëren ligt natuurlijk in het gevoel attractief—niet attractief. Wat het positieve effect betreft disponeert de aantrekkingskracht van pubers en adolescenten ons tot:

1 – bereidheid tot vervullen van krachtige claims op emotionele hulp;

2 – bereidheid om dicht te naderen;

3 – haast in het aanvullen van hiaten in hun identiteit, toerusting en mogelijkheden.

Hier kan tegenoverdracht of een andere 'beroepsfout' de therapeut

verleiden tot behandeling aan het verkeerde eind. Er zijn ruwweg drie reacties mogelijk op het beroep dat de jeugdige op ons doet:
— we verwachten van patiënt dat hij tot regressief gedrag komt;
— we bieden een (andere) intensieve behandelingspoging aan;
— we gaan hem agogisch begeleiden en/of voor opleiding zorgen.
Deze stafreacties kunnen gezond of neurotisch zijn. In het laatste geval mikt de stafreactie, zoals ieder symptoom, op een dubbel doel: we willen het gevoel hebben ons werk te doen, maar tegelijk prefereren we onze behoeftebevrediging.
Wat regressie betreft: hier hebben we twee types van jeugdafdelingen. De staf beschouwt regressie dan hetzij als in het algemeen waardevol, hetzij als in het algemeen luxueus. Beide opvattingen kunnen een vergissing zijn: het kan zijn dat regressie te fraai tegemoetkomt aan stafbehoeften, of wel: de staf kan regressie niet toestaan omdat hij onbewust defensief staat ten opzichte van zijn eigen behoeften.
Wat intensieve behandeling betreft: elk schijnbaar hoogst deskundig besluit van een therapeut om de behandeling te intensiveren of specialiteiten in te voeren dient sympathiek gesondeerd te worden door mede-stafleden. Er is gevaar voor over-behandeling.
Ten derde kunnen we ons haasten om verantwoording voor de toekomst van de patiënt op ons te nemen, terwijl we zijn verleden of heden verwaarlozen. Directieve bemoeienis en/of opleidingszorgen inplaats van behandeling. Een of andere angst of stille afwijzing in ons doet ons geloven dat iets anders dan ons eigen engagement op de juiste plek, de patiënt zal veranderen. Dit is onderbehandeling. We willen te weinig te maken hebben met patiënt zelf. In het geval van de vorige alinea willen we teveel te maken hebben met patiënt zelf.
(Over- en onderbehandeling kunnen natuurlijk ook op andere wijze voorkomen. Zo kan een therapeut tot de ontdekking komen dat hij het juiste moment voor ontslag vier maanden geleden niet heeft gezien. Misschien wilde hij patiënt niet kwijt — overbehandeling. Misschien had hij weinig oog voor de bij patiënt horende tijdlogica — onderbehandeling.)

IV

Men kan een patiënt ook percipiëren in termen van syndromen of andere psychopathologische beschrijvingen. Natuurlijk is dit nuttig.
Zoals bekend stelt psychische pathologie in de puberteit ons dikwijls voor een diagnostisch probleem. Masterson heeft indertijd een boek geschreven dat in één zin kan worden samengevat. Hij claimt te bewijzen dat wij diagnostisch eigenlijk géén keus hebben tussen 'psychiatrische ziekte' of een (foutieve) 'pubertaire aanpassingsreactie' ('adolescent turmoil'); bijna alle pubers-patiënten zouden namelijk lijden aan een psychiatrische ziekte die reeds vóór de puberteit bestond en door die fase alleen gekleurd wordt. Zonder bespreking van enige lastige vragen zou ik zeggen dat Masterson overdrijft. Wel treffen we nogal eens aan dat een patiënt b.v. twee

jaar behandeld of gecounseld is voor 'normale' pubertaire moeilijkheden voordat hij de weg vindt naar een relevante behandeling. Zo'n patiënt komt twee jaar te laat. De fout kan veroorzaakt zijn doordat een volwassen professional zoveel behoefte had aan hulp geven of toenaderen, dat gezond oordeel en gedesinteresseerde verwijzing uitbleven. Dit is typisch het lot van pubers. Dikwijls lokken pubers hulp uit die helemaal geen hulp is.
De fransman Mâle heeft in een boek zijn eigen gevoelige klinische manier beschreven waarop hij vaststelt hoe diep de abnormaliteit gaat, of er 'ziekte' is of 'extreme puberteit'. Zonder discussie van begrippen als 'ziekte' of extreme vormen van 'normaliteit', of van de steevaste verbinding tussen kinderneurose en puberteitsstoornis, vind ik Mâle's opsporing van gezondheid veel nuttiger dan Mastersons opsporing van ziekte.
Het gebied der puberteitsstoringen grenst niet alleen aan de normaliteit, maar aan de andere zijde ook aan de psychosen. De vraag rijst soms of er sprake is van een psychose met slechte prognose. Wanneer de psychotherapeut zowel omzichtig als krachtig behandelt met coherente steun van de andere stafleden, kunnen patiënten tot gezondheid komen die regelrecht op weg waren naar het gestichtsleven. De absolute voorwaarde ligt *niet* in een luxe-toewijding van de therapeut, maar in het psychisch gezond functioneren van de stafomgeving van patiënt. Stafconflict bekrachtigt psychose (en neurose). Stafconflict kan zelfs psychose genereren, ingeval van slechte zorg voor de staf.

V

Verderaf van diagnose en dichter bij behandeling hebben we onze oriëntatiepunten in patiënts ontwikkelingsprofiel. *Voorafgaand* aan vragen naar graad en soort van ziekte, d.w.z. logisch voorafgaand aan de analyse van onaangepaste reacties op levenseisen en leeftijdstaken, moeten we ons altijd afvragen wat deze patiënt in feite te *doen* heeft. D.w.z. welke dingen hij ontwijkt, welke hindernis van integratie of desintegratie hij niet kan nemen, waar hij heeft gefaald. Er bestaan taken 'van binnen' en taken 'buiten' (in de maatschappij). Het is daarbij essentieel om te weten of een patiënt vooral één of meer fasen van de puberteit te 'doen' heeft, of dat hij de fase van adolescentie heeft te 'doen'. De beginnende adolescent moet op zich nemen de taken van werk, verdere opleiding, keuzen op dat gebied, leven in enige mate van onafhankelijkheid, financiële zelfcontrole, seks, etcetera. Dikwijls zullen regressieve manoeuvres en hoogst interessante problemen of symptomen verschijnen die de aandacht afleiden van de 'taak van de dag': de uitgestelde adolescentie. De vraag hoort in ieder geval te rijzen: Moeten we werkelijk andere, jongere, dingen eerst doen? Zo ja, hoeveel?
Fixering van een helder doel (en daarna van een volgend doel) is beslissend. We kunnen onze fouten hier in beide richtingen maken: te jong, te oud. De ergste fout is: wisseling tussen doelen. Oudere pubers en jonge adolescenten zijn de grote meesters van de overtuigende chicane. Wanneer ik werkelijk niet weet of een patiënt

die een plan opgeeft of iets veel beters heeft bedacht, spreekt uit zelfmisleiding of uit een positie dichter bij zichzelf dan de vorige keer, dan zeg ik dat met zoveel woorden. Ik kan dan b.v. zeggen dat ik er een nachtje over wil slapen, of ik vraag patiënt om het te bespreken met iemand wiens oordeel wij beiden op prijs stellen, of iets dergelijks. (De fout zou natuurlijk zijn: niet toegeven dat men niet weet welk ding niet klopt.)
De jeugdige heeft er vaak neurotisch belang bij dat wij hem niet of foutief percipiëren in termen van wat hij heeft te doen. Hij heeft gezond belang bij het tegenovergestelde. Wie hem aankijkt, *roept hem aan*. Het bestaan van de therapeut is een agogisch gegeven. De therapeut kan dat niet ontduiken.

VI

Een andere wijze om een patiënt te percipiëren is: in termen van wat hij moet *krijgen*. Men denkt dan b.v. aan: affectie, warmte, acceptatie, steun, hulp, versterking van structuur, vader, moeder, of orde en regelmaat. Zulke dingen zijn zeer belangrijk en we gebruiken ze. Maar als de dingen die een patiënt moet *krijgen* een *prioriteit* vormen in de behandeling van een jeugdige, dan is er iets mis:
— ofwel we benaderen deze jeugdige op een te jong niveau, we maken een fout;
— ofwel deze jeugdige is een abnormale persoonlijkheid die we niet hadden moeten opnemen voor ontdekkende psychotherapie.
Prioriteit van de dingen die je *krijgt* is alleen geldig in de psychotherapie van kinderen of zeer jonge pubers.
Er bestaat een dialectiek tussen de niveaus van wederzijds ontvangen tussen patiënten en staf die we hier niet kunnen uitwerken. Wanneer patiënt's krijgen voor de staf erg belangrijk is, kan een ontvangbehoefte op regressief niveau bij de staf moeilijk uitblijven. (In uitzonderingsgevallen zoals een psychotische fase wordt patiënt's krijgen zorgvuldig hoger gedoseerd.) Globaal kan men zeggen dat de tweede helft van de behandeling (waarin ontslag een groeiende werkelijkheid wordt) door een overmaat van krijgen wordt bemoeilijkt. Na de bevrediging door regressie, zullen hospitalisatie en onnodige gevechten rondom reality-testing de behandeling verlengen. 'Regressie-klinieken' lijken patiënten een langere tijd te houden. Hebben ze de juiste patiënten uitgezocht, dan kan zulks heel terecht zijn. Maar we dienen ons te realiseren dat het voor gedrag normaal is om zich in te stellen op de sociale context; dat het dus voor het gedrag van een patiënt normaal is om zich in te stellen op de bewuste of onbewuste verwachtingen van een kliniek. De 'eigenlijke aard' van een patiëntenpopulatie is daarom zeer moeilijk te onderscheiden van de aard van de staf.

VII

De sociale determinanten van gedrag kunnen nog een andere wijze van patiëntenperceptie inleiden: namelijk in termen van patiënts plaats in de gezinsdynamiek. Het onderwerp is te belangrijk om het

niet te vermelden. Maar er is nu geen gelegenheid om de veelheid van fouten na te gaan die wij kunnen maken jegens het door de gezinsrol van patiënt bepaald gedrag. Alleen dit: deze lijn dient *niet* alleen bij een officiële gevalsbespreking op de bekende wijze ter sprake te komen. Het incidenteel ter sprake komen van een patiënt is veel belangrijker. Dit geeft de gelegenheid om in het dagelijks gebeuren de automatische staf-patiënt interacties volgens (manifest of niet manifest) thuismodel te herkennen. Te gemakkelijk herkennen wij, in de normale drukke kliniek-dag, alleen de verwevenheid van patiënt binnen de kliniek.

VIII

Ik wil graag terugkomen op onze perceptie van patiënt in termen van wat hij te *doen* heeft.

Psychotherapie kan attitudes betreffen jegens verleden, heden of toekomst. (Natuurlijk brengt rearrangement in één wel rearrangement in de andere twee mee.) Doen we aan milieutherapie, dan is het patiënt's 'werk' om in dat milieu te leven. Dat is zijn heden. Zijn verblijf kan men verdelen in drieën: binnenkomen, het middenstuk, en weggaan. Het middenstuk moet ook het centrum zijn van de behandeling. Het staflid dat meegaat met een patiënt in een aandachtsconcentratie die patiënt afleidt van zijn dagelijks werk, maakt een grove fout. Het gaat dus om teveel interesse in de attitudes van patiënt jegens verleden of toekomst. Patiënt moet zich confronteren met zijn *huidige* ervaring; verbale her-opvoering van zijn *virtuele* ervaring is minder belangrijk.

Vermijding van teveel samen-klagen over ouders (een aantrekkelijke manier om met een patiënt te flirten) is dan nog relatief gemakkelijk. Dit is een voorbeeld van 'verleden'. Knapper moet men zijn om voorbij te komen aan het voze drempelgevecht 'ik wil met ontslag'. Dit is een voorbeeld van 'toekomst'.

IX

We moeten nu duidelijker spreken over het hoofdprobleem in de behandeling van jeugdigen. Er is therapie. En er is agogiek. Ik schreef elders: Tussen enerzijds het psychotherapeutisch, anderzijds het agogisch georiënteerd handelen met jeugdigen bestaat een grondspanning die men met geen enkele theorie, kreet of praktische handgreep kan oplossen.

De behandeling van jeugdigen tendeert *altijd* tot semi-directiviteit. Waarom?

1 — Pubers en jongere adolescenten zijn relatief incompleet en moeten worden opgevoed. Ze hebben agogiek nodig — als een integraal onderdeel van psychotherapie en niet als 'Gegenstück' of aanvulling. Het argument is pedagogisch en betreft zaken als rijping, psychische regulatie, oriëntatie, leren en coachen. Het gaat om *onvolledigheid* van ik-functies.

2 — Het tweede punt betreft *zwakheid* van ik-functies. Psychotherapie heeft het leven hier en nu nodig om ermee te opereren. Jeugdigen tonen juist een veelvormige neiging tot vermijding van

de werkelijkheid. Een jeugdige patiënt kan gewoon een *te weinig werkelijk* bestaan hebben waarmee hij kan werken. Het zwaar accent op subjectief gevoel in de puberteit kan men wel respecteren — maar fantasmen, wensen, angsten, projecties, gevoelens enzovoort kan men niet behandelen. Men kan alleen *actie* behandelen. (Voorbeeld: men kan wel vluchten behandelen, niet vrees.) Andere formulering: Patiënt kan heel storende gevoelens hebben die men terecht wil verhelpen, maar intussen heeft patiënts ervaring van 'zelf' geen substantie of body, en dan kan men niets. Er is geen afzetpunt. Men moet daarom patiënt aan een stuk werkelijkheid vastbinden. Het argument hier is niet pedagogisch maar strikt psychotherapeutisch. — In deze zin is milieutherapie op zich al een agogische maatregel. Individueel kan het agogisch detail in het therapeutisch handelen heel simpel zijn. Als realiteits-eis kan men patiënt b.v. eenvoudig vragen deze keer eens een *prettig* weekend te organiseren.
3 — In klinische behandeling zijn veel componenten waarvoor de meer geformaliseerde gedragstherapie wel namen zou hebben. Ik vermeld de vele informele stukjes operante conditionering, assertiveness training en zelfs desensitisatie.

Goed. Wanneer we semi-directief moeten zijn, waar maken we dan onze fouten? Ik noem drie algemene typen.
1 — Probeer niet voortdurend realiteitseisen voor elke patiënt individueel uit te vinden. Om veel redenen is het beter om een basispakket te hebben van realiteitseisen voor iedereen. Ik neem het weekend maar weer als voorbeeld. In onze afdeling hebben we drie soorten weekends voor iedereen. In het eerste weekend moet iedereen ergens buiten de kliniek verblijven. Daarna komt een weekend dat elkeen met de patiëntenbevolking moet doorbrengen. De twee volgende weekends kan men kiezen tussen blijven of weggaan.
2 — Behandel niet bepaalde stukken realiteit en andere niet. Voorbeeld: geld. Vrij vaak ontsnapt de stoomdruk van de behandeling via financiële afhankelijkheden, gebrek aan opvoedende controle, of een droomachtige vrijheid die bestaat uit 'mijn eigen geld' of uit juist een absoluut gebrek daaraan. De financiële dimensie van het bestaan is onderdeel van de behandeling.
3 — De therapeut moet niet dromerig zijn wat betreft *tijd*. Jeugdigen zijn dat wel. Er is een juiste tijd voor alles, en de dingen gebeuren vreselijk graag te laat. Psychische ontwikkeling brengt het naargeestige feit met zich mee dat *zodra* je de tweede klas hebt doorlopen, er onmiddellijk de consequentie is van de derde klas met *zijn* realiteitseisen.

Zo hebben we dan een troepje fouten bijeengejaagd. Ik twijfel er niet aan dat anderen met een volgende collectie kunnen komen. Wanneer wij — als monument voor onze bescheidenheid — een handboek over onze staffouten zouden schrijven, dan zou het denkelijk uit twee delen bestaan: één over soorten van *onjuiste reacties,*

en één over soorten van *uitgebleven initiatief*.
Ten slotte is er nog een algemene gedachte in deze tekst geïmpliceerd. De behandeling van jeugdigen moet (dikwijls ook in zijn ambulante vorm) meersporig zijn. Meestal is het fout om ons op één aspect, één sector of één beroeps-truc te concentreren. En dit is het wat de behandeling van jeugdigen altijd dichter bij de totale mobilisatie van het ouderschap brengt dan we van plan waren.

Literatuur

Genoemd werden:

Mâle, P., *Psychothérapie de l'adolescent*. P.U.F. 1964,

Masterson Jr., M.D., James F., *The psychiatric dilemma of adolescence*, New York - London, 1967;

Evans, M.D., John, Een totnogtoe officieus manuscript, bewerkt in Tipperlin House, University of Edinburgh.

Uit de jeugdafdeling van 'De Viersprong', inzake jeugdbehandeling (op aanvraag tegen kostprijs aldaar verkrijgbaar):

Eykman, J. C. B., *Klinische psychotherapie bij jeugdigen*, lezing voor de sectie Kinder- en Jeugdpsychologie van het N.I.P., Utrecht, 1973;

Holla, L. en F. Sonnenberg, *Orthopedagogiek m.b.t. psychotherapie bij jeugdigen*, lezingendag 'Residentiële orthopedagogiek', Zetten, 17 mei 1974;

Hijmans van den Bergh, A. H., Towards a residential clinic for adolescents, *Acta Paedopsychiatrica*, 1968, vol. 35, 255-260;

Hijmans van den Bergh, A. H., *Negatieve gevoelens van staf jegens ouders*, 5 blz., Halsteren, 1970/1973;

Jongerius, Dr P. J., *De therapeutische gemeenschap en de vormgeving daaraan op 'De Viersprong'*, NVPV-Media 1974/75, 2.

Jongerius, Dr. P. J., Het neurosebegrip en het begrip voor de neurose, *Volksgezondheid*, 1971, no. 33, pag. 494; *Jaarboek v. Sociale Gezondheidszorg*, 1972, 3e deel, pag. 140-141;

Roosen, Chr., *Nieuwkoopse vragenlijst: resultaten ijkingsonderzoek, jeugdafdeling 'De Viersprong'*, Halsteren, 1974;

Ven, A. J. van de, *Verslag van het bezoek aan een vijftal inrichtingen voor psychotherapeutische behandeling van adolescenten, in Engeland en Schotland*, 40 blz., Halsteren, 1970;

Jaarverslagen 'De Viersprong' 1971 t/m 1974.