

## Klinische psychiatrie in de tang

Over het dilemma van behandelen en asyleren

door J. Pols

### Inleiding

Functionies, taken en bestaansrecht van het Psychiatrisch Centrum zijn al zeer geruime tijd onderwerp van soms heftige discussie. De vragen, die daarbij naar voren komen, en de antwoorden die worden gegeven blijken sterk afhankelijk van de gezichtshoek of optiek van waaruit de problematiek wordt benaderd. In deze beschouwing zullen enkele conclusies van twee optieken met elkaar worden vergeleken en aan elkaar worden getoetst; op de consequenties van deze toetsing wordt daarna ingegaan.

Alvorens dat te doen is het noodzakelijk een korte schets te geven van enkele opvattingen en overtuigingen die de context vormen voor vrijwel iedere probleemstelling die met taken en functionies van het Psychiatrisch Centrum te maken heeft.

In de USA stelde men zich in de zestiger jaren de volledige verdwijning van de psychiatrische inrichtingen ten doel (Arnhöf, 1975; Becker en Schulberg, 1976). Opneming zou alleen in noodgevallen plaats moeten vinden en dan nog zo kort mogelijk. Het hospitalisatie-syndroom, gezien als immer dreigend gevolg van opneming, moest worden voorkomen door de patiënten zo lang mogelijk in de gemeenschap te houden. De verdere zorg voor chronisch geworden inrichtingspatiënten zou moeten worden overgedragen aan nazorg-poliklinieken, dag- en nachtklinieken, hostels e.d.; psychiatrische behandeling zou voor het allergrootste deel ambulantly moeten plaatsgrijpen.

Deze community mental health ideologie heeft inderdaad tot sluiting van een aantal State Mental Hospitals geleid, waarbij de vraag of de patiënten – en dan met name de groep chronisch gehospitaliseerde patiënten – erop vooruit zijn gegaan nogal klemmend is gebleven (Greenblatt en Glazier, 1975; Arnhoff, 1975).

Onopgelost bleef de vraag of de Mental Hospitals op zichzelf instituties zijn die meer kwaad dan goed doen, of dat het bepaalde essentiële aspecten van deze instituten zijn – b.v. overvolle afdelingen, sterk onderbezette staven – waardoor een goede bejegening

---

Schrijver is psychiater, werkzaam als hoofd van de polikliniek van het Psychiatrisch Centrum 'Licht en Kracht' en 'Port Natal', postbus 30007, 9400 RA Assen.

en behandeling niet van de grond kon komen. Becker en Schulberg, hoewel zelf voorstanders van het verdwijnen van State Mental Hospitals, vermelden dat het totaal aantal geïstitutionaliseerde patiënten in de USA in 10 jaar daalde van 490.000 tot 215.000 'owing to increasingly effective treatment programs for acutely and chronically psychotic patients'. Greenblatt (1975) vermeldt voorts dat in die periode het aantal eerste opnemingen een lichte stijging toonde: van 0,75 promille in 1955 tot 0,82 promille in 1969. Alleen al deze cijfers tonen aan, dat er in dit tijdsverloop een sterke verandering in het functioneren van deze instituten moet hebben plaats gehad.\*

Intussen zijn de plannen om de State Mental Hospitals te laten verdwijnen op de lange baan geschoven; Becker en Schulberg schrijven dat toe aan een steeds groeiend verzet tegen deze plannen van de zijde van het publiek, de professie en de politici, vanuit verschillende motieven.

In Engeland was sprake van een vergelijkbare ideologie en ontwikkeling (Early en Magnus, 1966; Cuthill, 1975; Early and Nicholas, 1977). Ook hier plannen om tot een sterke afbouw van psychiatrische inrichtingen te komen; ook hier een geleidelijke afname van het totale aantal in psychiatrische inrichtingen opgenomen patiënten; ook hier een verkorting van de gemiddelde opnameduur en een toename jaarlijks van het aantal opnemingen; ook hier een uiteenlopen van de oorspronkelijke beleidsvoornemens en de realiteit.

Ook in Nederland is jarenlang een discussie gevoerd waarin, naast andere, dezelfde thema's te onderscheiden zijn, (o.a. Romme, 1970; Buis, 1972; Jacobs, 1969, 1972; Van Andel, 1974), al zijn plannen om de psychiatrische centra te laten verdwijnen bij mijn weten niet zo duidelijk uitgesproken als in de USA en Engeland.

Er bestaat bij de verschillende auteurs weinig verschil van mening met betrekking tot functies als: klinische behandeling van psychiatrische patiënten, revalidatie en verzorging respectievelijk verpleging.

Buis stelt, dat de toekomst van de psychiatrische inrichtingen wordt bepaald door de wijze waarop deze instituten een aantal problemen zullen oplossen. Deze problemen zijn ontstaan door lacunes in de taakstelling, onder meer het bieden van extramurale psychiatrische behandelingsmogelijkheden, het snel opnemen van zeer moeilijk plaatsbare patiënten, het meer doen aan het hospitalisatie-syndroom, het meer doen aan de samenwerking met andere instituten. Jacobs noemt als functies observatie (poliklinisch), behandeling, verpleging, verzorging. Daarnaast revalidatie, resocialisatie en levenseducatie. Door het vervullen van al deze taken zal een interne

\* Vergelijkbare cijfers in de Nederlandse situatie:

	1963	1975
totaal aantal bedden in psychiatrische centra	29.724	26.268
totaal aantal opnamen in psychiatrische centra	9.915	23.136

De gegevens zijn ontleend aan het Statistisch Zakboek van 1972 resp. 1976.

echelonnering gaan ontstaan. Jacobs stelt verder dat 'het psychiatrisch centrum bereid zal moeten zijn taken en functies op zich te nemen, die andere niet aan kunnen'. Hij beschrijft de hoofdfunctie van het psychiatrisch centrum als 'hulp bieden aan personen die in psychische nood verkeren' – een omschrijving die ruimte laat voor aanzienlijke verwarring over datgene wat men nu eigenlijk precies van een psychiatrisch centrum mag verwachten.

Romme belicht een ander aspect, wanneer hij pleit voor een differentiatie van deze functies in verschillende accommodaties, in de zin van differentiatie in behandelinstituut en hotelsysteem, waarbij ook een differentiatie van tarieven zou moeten plaats vinden. Hij ziet de grote omvang, de gebrekkige interne differentiatie en de deficiënte behandelingsstaf als factoren, naast nog andere, die de lange opnameduur bevorderen.

Bierenbroodspot (1974) stelt, '... is het concept van de therapeutische gemeenschap in brede kring geaccepteerd als een ideaal en een basismodel waarnaar het psychiatrisch ziekenhuis zou moeten streven'. Hij stelt deze nieuwe doelstelling contrasterend tegenover 'het oude custodiale systeem', waarbij tussen deze twee divergerende systemen nogal wat conflicten ontstonden.

Van Andel omschrijft de doelstelling van een psychiatrisch ziekenhuis aldus: 'Zo behoort bijvoorbeeld naar onze mening een psychiatrisch ziekenhuis een toevluchtsoord te zijn waar patiënten een zodanige hulp krijgen dat hun ziekelijk gedrag verdwijnt en zij zich binnen het kader van hun eigen mogelijkheden, als dat maar even kan, verder kunnen ontwikkelen'.

Zwanikken (1979) citeert met instemming Polak en Maxwell Jones die 7 functies noemen. Deze zijn zeer kort samen te vatten als: crisisopvang, korte en langer durende gedifferentieerde behandeling, continue zorg (beschut wonen) en daarnaast de bescherming voor hen die in de open maatschappij ernstig gevaar opleveren. Het is duidelijk, dat in dit zeer kort bestek geen recht gedaan kan worden aan wat deze en andere auteurs over de functies en taken van het psychiatrisch centrum hebben gezegd. Een gemeenschappelijk kenmerk is dat er een veelheid van taken bestaat, en dat het problematisch is op welke wijze deze het beste kunnen worden vervuld. De maatschappelijke functie van het psychiatrisch centrum verdient daarnaast aandacht.

Van Londen (1973) verdedigt de volgende opvatting: 'Ambulante psycho-sociale zorg en klinische zorg worden gerealiseerd in de gemeenschap en door de gemeenschap. Die gemeenschap heeft slechts taken en deelverantwoordelijkheden gedelegeerd aan de gespecialiseerde instituten. Voortdurende verantwoording is derhalve verschuldigd aan die gemeenschap, en wel aan die organen die de gemeenschap daarvoor in het leven heeft geroepen'.

Dit roept problemen op die Van Londen aldus verwoordt – zij het, dat hij stelt dat dit een zwart-wit tekening is terwille van de discussie –: 'De psycho-sociale zorg heeft van het psychiatrisch ziekenhuis de image van een eigen gemeenschap in de gemeenschap. In het psychiatrisch ziekenhuis is het gehele bedrijf op de zo groot

mogelijke kwaliteit van de zorg van de individuele patiënt gericht. Het psychiatrisch ziekenhuis is zo individualistisch georiënteerd dat de belangen van het individu in zorg uitgaan boven die van de gemeenschap, waarbij het gemeenschapsbelang dan geformuleerd wordt als grote opvang-capaciteit, sneller ontslag'.

Jacobs lijkt de mening van Van Londen te delen: 'De functie van het psychiatrisch centrum zal worden afgestemd op de behoeften van de maatschappij', Buis, als ik hem goed heb begrepen, ook, hoewel hij ook stelt: 'Instituten ontlenen hun bestaansrecht aan de zorg die zij psychiatrische patiënten kunnen bieden'. En het is uiteraard de vraag of met het afgestemd zijn op de behoeften van de maatschappij en het verlenen van optimale zorg aan psychiatrische patiënten doelstellingen worden aangeduid, die geheel, gedeeltelijk of nauwelijks met elkaar in overeenstemming te brengen zijn. De artikelen van Van Eck e.a. (1976) en Zwanikken kunnen gelden als voorbeelden onder veel anderen, waaruit minstens een zekere spanning blijkt tussen de behoeften van de maatschappij en het verlenen van optimale zorg. In het bestek van deze beschouwingen kan hierop niet verder worden ingegaan. De discussie over functies, taken en bestaansrecht van het psychiatrisch centrum is geenszins afgesloten. Of, zoals Becker en Schulberg stellen: 'The debate continues, unabated, with no clear-cut advantage to either side'. Het meest opvallende bij deze discussie is het blijven bestaan van ideologische uitgangspunten bij het zoeken naar de taakomschrijving van de psychiatrische centra enerzijds, en van de gegevens uit de praktijk, die een duidelijke, in deze vorm niet voorziene functie-verandering suggereren anderzijds. Of om Arnhoff te citeren: 'Although advances in medical and scientific knowledge have occurred and have been incorporated into practice, the major trends in the field continue to be dominated by social philosophy, moral suasion and belief under the guise of medicine. This is most glaringly apparent in the consideration of the role of the mental hospital itself as a treatment modality'.

### **De eerste optiek**

Een eerste optiek waaruit men de problematiek kan bezien is de optiek van degenen die plaatselijk, provinciaal of landelijk bezig zijn met het probleem hoe de geestelijke gezondheidszorg georganiseerd en gestructureerd moet zijn, en op welke wijze een samenhangend en sluitend netwerk van voorzieningen kan worden opgebouwd. Beheersbaarheid en bestuurbaarheid van de voorzieningen vanuit één centraal punt zijn daarbij tot belangrijkste uitgangspunten geworden, het beheersen van geldstromen tot belangrijkste middel om de beoogde doelen te bereiken. In de praktijk betekent dit, dat alles vanuit een centraal punt bezien zo overzichtelijk en goedkoop mogelijk moet functioneren.

Vanuit deze optiek vallen uiteraard allereerst de hiaten en leemten in de voorzieningen en in de aansluiting tussen de voorzieningen op. Toegepast op het psychiatrisch centrum betekent dit, dat, naast

een min of meer uitgebreide taak bij de klinische en poliklinische behandeling en revalidatie van psychiatrische patiënten – taken die ik hier verder buiten beschouwing laat – aan het psychiatrisch centrum een sluitstukfunctie wordt toegewezen. Dat wil zeggen, dat al die patiënten die opgenomen moeten worden en nergens anders terecht kunnen, in een psychiatrisch centrum opgenomen dienen te worden. Deze sluitstukfunctie is impliciet ook aan de orde indien gesteld wordt, dat het psychiatrisch centrum tot taak heeft al die psychiatrische patiënten uit de eigen 'catchment area' op te nemen voor wie opname gevraagd wordt c.q. voor wie opname op psychiatrische gronden noodzakelijk wordt geacht. Deze sluitstukfunctie is in maatschappelijk opzicht uiterst belangrijk.

Met name diegenen in onze maatschappij die belast zijn met of belang hebben bij de handhaving van de openbare orde en veiligheid – en dat zijn niet alleen de overheid en de politie, maar soms ook familieleden en andere 'omstanders' – hebben behoefte aan een duidelijk vaststellen hiervan (Giel (1979); Schudel (1979)).

Bijvoorbeeld: de patiënt met zeer storend eventueel dreigend of agressief gedrag, wordt in de maatschappij nauwelijks of niet getolereerd. Andere oplossingen – insluiten in de cel van een politiebureau bijvoorbeeld – zijn uit humanitaire overwegingen nauwelijks toelaatbaar, bovendien meestal hoogst inadequaat en ook juridisch vaak moeilijk te verdedigen.

Het gaat er daarbij, vooral in de acute situatie, niet zozeer om of de betreffende patiënt behandelbaar is of niet. Het belangrijkste is dat de patiënt ergens naar toe kan om daar geasyleerd te worden. Het feit dat aan het psychiatrisch centrum een sluitstukfunctie wordt toegedacht impliceert derhalve dat het psychiatrisch centrum een asyleringsfunctie heeft. Deze asyleringsfunctie heeft een nadere omschrijving. Het woord asyl betekent: een plaats waar men verzorgd kan worden, in de zin van het verkrijgen van gastvrijheid, onderdak en voedsel. Daarnaast heeft asyl de betekenis van 'wijkplaats' of 'toevluchtsoord', het biedt bescherming en veiligheid. De vraag is hier op zijn plaats wie tegen wie beschermd wordt. Dat is niet in alle gevallen aanstonds duidelijk. Betreft het een patiënt die een gevaar oplevert voor anderen, dan wordt de maatschappij beschermd tegen de patiënt. Levert hij een gevaar op voor zichzelf dan wordt hij beschermd tegen zichzelf. De vraag of de patiënt ook tegen de maatschappij wordt beschermd is zeer moeilijk in algemene zin te beantwoorden, en lang niet altijd duidelijk (zie b.v. Heerma van Voss, 1977). Tenslotte is de vraag of de patiënt beschermd wordt tegen degenen die hem behandelen of verzorgen, evenals de vraag of het personeel voldoende tegen de patiënt beschermd wordt zeer actueel (Giel, 1979). Om misverstand te vermijden dient nog opgemerkt te worden, dat het asyleren van iemand niets zegt over de tijd gedurende welke hij geasyleerd wordt; deze tijdsduur kan variëren van zeer kort, enkele uren, tot zeer langdurig.

Wie zijn nu de patiënten die behoren tot de groep voor wie opname

noodzakelijk geacht wordt, en die nergens anders terecht kunnen? Het is duidelijk dat de patiënten die in deze groep thuis horen vogels van zeer diverse pluimage kunnen zijn. Er vallen ongetwijfeld mensen onder die zich vrijwillig op laten nemen en een goede motivatie voor behandeling hebben. Er vallen evencens zonder twijfel mensen onder voor wie door anderen onvrijwillige opname noodzakelijk wordt geacht. Er vallen ook patiënten onder die worden gekarakteriseerd als 'moeilijk plaatsbaar'. Men kan tot deze moeilijk plaatsbare categorie behoren als men een zeer storend gedrag toont, en ook wanneer iedere poging tot werkelijke behandeling, door onwil of onvermogen, vechten tegen de bierkaai is gebleken, maar ook bijvoorbeeld wanneer men in het verleden de behandelaars gefrustreerd heeft door herhaaldelijk weg te lopen en/of de behandeling af te breken.

Hoe dit ook zij, men kan de groep die aldus is omschreven als patiënten die 'nergens anders terecht kunnen', en die door de aard van hun probleemgedrag niet in een semimuraal instituut of in een algemeen ziekenhuis te behandelen zijn en toch opgenomen moeten worden, beschouwen als een groep voor wie er op deze wijze een negatieve indicatie tot opname bestaat (zie ook Giel, 1973). Ze worden niet opgenomen omdat ze een bepaald probleem, eigenschap of eigenaardigheid bezitten voor de opvang of behandeling waarvan het betreffende instituut bij uitstek goed geoutilleerd is, maar ze worden in een psychiatrisch centrum opgenomen omdat opname nodig wordt geacht terwijl een dergelijke keuze in hun geval niet te maken blijkt te zijn. Op deze wijze worden ze tot een slechts negatief te karakteriseren restgroep.

### **De tweede optiek**

De vraag naar bestaansrecht, functies en taken van een psychiatrisch centrum kan ook gesteld worden vanuit de optiek van degenen die in de psychiatrische centra werken. Er is dan een preoccupatie met vragen naar de aard, kwaliteit en het effect van behandeling van psychiatrische patiënten; er is de vraag hoe men een optimale differentiatie in behandelvoorzieningen kan opbouwen, welke eisen men aan kwaliteit en aantal van behandelaars moet stellen, en hoe men een optimaal behandelingsklimaat kan verkrijgen.\*

Dat er in de klinische afdelingen van psychiatrische centra zeer veel veranderd is, is al zo vaak geconstateerd, dat herhaling daar-

\* De optiek van de werkers in de psychiatrische centra is echter met deze behandelingen- en bejegeningens-gerichte opstelling onvoldoende omschreven. Duidelijk hiervan te onderscheiden zijn de preoccupaties met personele belangen, het verbeteren van arbeidsvoorwaarden, het doorvoeren van processen van democratisering en eventueel horizontalisering, en met de vraag naar welk soort werk de voorkeur van het personeel uitgaat. Het is duidelijk dat door het gestalte krijgen van de C.A.O. en het uitbreiden van de bevoegdheden van de Ondernemingsraden de invloed van deze preoccupaties op het beleid sterk is toegenomen.

van nauwelijks nodig is. Deze veranderingen beoogden alle een beter, intensiever, meer op de specifieke problematiek van de patiënt gerichte behandeling. Dit had tot consequentie dat het asyln van vroeger een behandelingsinstituut werd. Het personeel kreeg in plaats van een asylerende taak een behandelingstaak, en ontwikkelde gaandeweg een behandelingsattitude. Dat betekent dat een nieuw opgenomen patiënt met een dergelijke behandelingsattitude tegemoet wordt getreden. Dit wil zeggen dat na de diagnostische fase een behandelingprogramma wordt opgesteld uitgaande van de gedachte dat de patiënt voor zichzelf iets wil bereiken met zijn opneming, dat hij er beter van wil worden. Indien iemand wordt opgenomen, omdat men verwacht dat hij zijn voordeel kan doen met een bepaalde behandeling, is dat te karakteriseren als een opname op positieve indicatie. Dat wil zeggen: zijn er aanwijsbare redenen die het zinnig maken dat iemand op deze plaats wordt opgenomen dan is er sprake van een positieve indicatie tot opneming. Het zal duidelijk zijn dat een behandelingsattitude van het aanwezige personeel voert tot een streven naar opnemen met een positieve indicatie.

Het is noodzakelijk thans het begrip psychiatrische behandeling nader te omschrijven omdat anders misverstanden zouden kunnen ontstaan. In het kader van deze beschouwing lijkt mij de volgende werkhypothese aanvaardbaar: psychiatrische behandeling omvat al die methodische beïnvloedingen, benaderingen en doelstellingen, die trachten verandering (lees: verbetering) te brengen hetzij in klachten, symptomen of syndromen van psychische aard, waaraan iemand lijdt of die iemand heeft, hetzij in het systeem van oorzaken en verbanden die met deze klachten, symptomen of syndromen in relevant verband staan. Deze beïnvloedingen kunnen grofweg gaan in twee richtingen. In de eerste plaats het aanbrengen van veranderingen in structuren – hetzij intrapsychisch, hetzij relationeel of op andere wijze gedragsmatig.

In de tweede plaats het brengen van verandering in ladingen en/of energieën die met de klachten of hun oorzaken te maken hebben – hetzij biologisch, hetzij intrapsychisch, hetzij sociaal psychiatrisch. In deze werkhypothese staat dus de poging om verandering te (helpen) bewerkstelligen centraal. Deze werkhypothese impliceert dat al die beïnvloedingen, benaderingen, doelstellingen, die wel een doel hebben van bejegening doch niet een pretentie of een doel van verandering hier niet tot behandeling worden gerekend.

### **Asyleren en behandelen**

Indien men de gezichtspunten vanuit de twee bovengenoemde opties combineert, moet men tot de conclusie komen, dat het psychiatrisch centrum een behandelingsinstituut is met een sluitstukfunctie, of anders gezegd: een behandelingsinstituut met een asyleringsfunctie. En als men dit doet dan impliceert dit dat een ingewikkeld misverstand ontstaan is, namelijk dat behandeling en asylering

zo nauw verbonden functies zijn, dat deze met elkaar verenigbaar zijn. Het lijkt mij dat dit misverstand veel groter en principiëler is dan op het eerste gezicht lijkt en vrijwel dagelijks tot conflicten en problemen aanleiding geeft. De sluitstukfunctie voert tot een 'asylingsattitude'; de behandelingsfunctie voert tot een behandelingsattitude. Dit verschil in attitude impliceert een verschil in verwachting bij alle bij het proces van opneming, asylering en behandeling betrokkenen: diegenen die verantwoordelijk zijn voor het handhaven van de openbare orde, diegenen die patiënten naar de psychiatrische centra verwijzen, de familie en naaste omgeving van de patiënten; de behandeaar binnen de psychiatrische centra en last but not least de patiënten zelf. Om deze stelling te verduidelijken, zullen in het onderstaande de verschillen tussen behandelings- en asyleringsattitude nader worden uiteengezet; alvorens dat te doen echter zal een poging worden gedaan om te verklaren waarom deze verschillen zo impliciet gebleven zijn.

Het gevaar dat men bij het contrasterend tegenover elkaar stellen van de begrippen behandeling en asylering loopt, is dat men de werkelijkheid daarmee geweld aan doet. Immers: behandeling veronderstelt dat iemand behandelbaar is, en de behandelbaarheid van iemand is meestal geen constant en onveranderlijk gegeven. In de psychiatrie is bijvoorbeeld de samenhang tussen behandelbaarheid en motivatie sterk en de motivatie kan sterk wisselend zijn in de tijd.

Men kan iemand die in eerste instantie met een asyleringsdoel is opgenomen trachten te motiveren voor behandeling, en het proces dat zich ontrolt wederom met de term behandeling (de zogenaamde motiverende behandeling) aanduiden. Lukt dit en wordt de patiënt daardoor behandelbaar dan ontstaat een harmonie tussen de doelstellingen van de eerste en tweede optiek. Het blijkt dat dit in een aantal gevallen redelijk en soms zelfs zeer goed lukt. Men mag hieruit echter niet de conclusie trekken dat er weinig of geen spanning bestaat tussen de begrippen asylering en behandeling als doelstelling van bejegening. Men kan in deze gevallen met evenveel recht stellen dat mensen soms blij geven van een verrassend improvisatietalent, waardoor ze in staat zijn ook op de ongunstigste situaties nog creatief te reageren, en er het beste van te maken.

Bij diegenen die niet te motiveren blijken voor behandeling of die om andere redenen onbehandelbaar blijken te zijn komt de spanning tussen behandelings- en asyleringsfunctie veel duidelijker naar voren. Mensen uit deze groep lopen veel kans om probleempatiënten te worden. Ekdawi (1967) beschreef als karakteristieken van de moeilijke patiënt o.m.: het trekken van aandacht, gebrek aan coöperatie met de staf van de afdeling, gering of afwezig succes van (poging tot) behandeling, en het vaak worden overgeplaatst. Kan men een ander gedrag verwachten als iemand terecht komt in een milieu dat totaal andere doelstellingen met hem heeft dan hijzelf heeft?

Waarschijnlijk doet een beschrijving van beide begrippen als uitersten van een spanningsveld waarin verschillende overgangsvormen



denkbaar zijn het meest recht aan de werkelijkheid. Het contrast tussen beide uitersten is nodig voor het formuleren van een heldere probleemstelling. Als men zich realiseert dat asylering en behandeling in feite ketens van gebeurtenissen zijn die iemand als alternatief kan kiezen, respectievelijk die hem kunnen overkomen, dan is duidelijk dat een sterk contrast vaak ook een realiteit is.

Binnen de psychiatrische centra heeft men de neiging om het contrast tussen asylering en behandeling te versluieren op een wat onverwachte wijze: omdat men het instituut als behandelingsinstituut definieert, wordt iedere bejegening binnen het instituut behandeling genoemd. Bierenbroodspot (1969) wees hier al op.

Een factor die helder zicht op het probleem belemmert, is het gegeven dat niet alle psychiatrische centra de onder de tweede optiek geschetste ontwikkeling in dezelfde mate en in hetzelfde tempo hebben doorlopen. Het ligt voor de hand, te veronderstellen dat hoe minder de behandelingsfunctie is ontwikkeld, des te minder spanning tussen deze en de asyleringsfunctie zal ontstaan. Zo kan een zeker verschil in beleving bestaan met betrekking tot de identiteit van het eigen instituut en van andere instituten als behandelings-instituut. Dit kan in contacten tussen psychiatrische centra, of tussen een verwijzende instantie die met meerdere centra te maken heeft en deze centra, zich soms als misverstand soms als conflict manifesteren. Zo kan men bijvoorbeeld horen dat aan psychiatrische centra wordt verweten dat ze te selectief opnemen of te vroeg ontslaan, dat ze alleen mensen willen opnemen met een goede prognose of een goede motivatie, kortom dat ze een te hoge kwaliteit van behandeling nastreven en dat dit gaat ten koste van de niet begaafde, niet gemotiveerde, weinig behandelingsperspectieven biedende patiënten of met andere woorden: ten koste van de asyleringsfunctie. In werkelijkheid zijn het niet overtrokken behandelings-pretenties — nog steeds immers is er een zeer groot tekort aan deskundig personeel, outillage en voorzieningen binnen de psychiatrische centra, — maar een verschil in attitude en daarmee samenhangende taakstelling die het probleem bepalen.

Welke zijn nu de argumenten, op grond waarvan een scheiding tussen behandelings- en asyleringsfunctie en de bijbehorende attitudes noodzakelijk is?

Het regime op de psychiatrische afdeling wordt bepaald enerzijds door de behandelingsattitude, en is dan van dien aard, dat zoveel mogelijk een contract-relatie met de patiënt wordt gelegd en onderhouden. De patiënt blijft zoveel mogelijk de verantwoordelijkheid voor zichzelf en voor eigen handelen overgelaten.

De asyleringsattitude anderzijds gaat uit van de onvermijdelijkheid van het verblijf van de patiënt en van diens onvermogen verantwoordelijkheid te dragen voor zichzelf of voor eigen handelen. Het asyl-regime zal dan ook veel strakker zijn, zich kenmerken door algemene regels. Bezieet men dit vanuit behandelingsgezichtspunt, dan is duidelijk dat dit de patiënt machteloos maakt en dat teveel willekeur en te weinig zelfcontrole van de afdelingsstaf dreigt (zie

ook Bierenbroodspot (1969), blz. 92-93). Dorothy Smith (1965) zette uiteen dat er een spanning bestaat tussen de eisen die de bewakings- en bewaringsfunctie van het psychiatrisch ziekenhuis stelt enerzijds en de behandelingsfunctie anderzijds: de bewaking moet constant, rigide, intolerant en algemeen gericht zijn, de behandeling daarentegen flexibel, tolerant en op het individu gericht.

Het met een behandelingsattitude tegemoet treden van een patiënt die geen behandeling wenst of meent nodig te hebben, kan tot allerlei misverstanden tussen patiënt en behandelaar leiden. Vooral wanneer de opname vrijwillig heeft plaats gehad. De vraag wat er met een patiënt moet gebeuren die niet behandeld wenst te worden en bij wie (bijv. op grond van vroegere ervaring) duidelijk is dat een behandeling als hier bedoeld geen perspectief kan hebben, laat een aantal verschillende antwoorden toe naarmate men zich als behandelend of als asylerend opstelt. Een complicerende factor hierbij is dat degene die in de asyleringsfunctie van het psychiatrisch centrum gelooft, daarbij vooral de blik gericht houdt op de ernst van de psychiatrische stoornis; degene die de patiënt met een behandelingsattitude tegemoet treedt zal daarentegen zijn aandacht focussen op de al of niet aanwezige behandelingsmogelijkheden. De nogal eens gehoorde verzuchting: 'Hoe is het mogelijk dat iemand die toch zo ziek is, wordt ontslagen' is op dit misverstand terug te voeren.

Hiermee samenhangend kan men stellen dat vanuit de asyleringsattitude de bestaande toestand (bijv. van een patiënt, of van omstandigheden die tot opname voerden) aanvaard wordt als een gegeven feit, terwijl de behandelingsattitude zich kenmerkt door een onvrede met de bestaande toestand en een zoeken naar wegen waarlangs verandering te bereiken is.

Het criterium voor de asylering ligt bij het onaangepast zijn van het gedrag en niet bij de behandelbaarheid ervan. Deze behandelbaarheid kan al of niet blijken toch aanwezig te zijn. Het duidelijkst blijkt dit probleem bij de onvrijwillige opneming. De onvrijwillige opneming is meestal een voorbeeld van opname op negatieve indicatie. Betekent onvrijwillig opgenomen worden dan ook dat men onvrijwillig behandeld wordt? Er is hier een aanzienlijk uiteenlopen der meningen. Sommigen benadrukken het recht op intensieve, op de persoon toegesneden behandeling. Anderen vinden dat onvrijwillige opneming dwangbehandeling impliceert. Weer anderen achten slechts gedwongen behandeling gericht op het ongedaan maken van de redenen die tot onvrijwillige opneming voerden verantwoord.\* Weer anderen benadrukken het recht van de patiënt om ook in deze omstandigheden behandeling te weigeren (Van Dijk, e.a. 1978). Vooral dit laatste zal als een schok overkomen bij hen die gewend geraakt zijn het psychiatrisch centrum als een behandelingsinstituut te zien. Want terecht kan men zich afvragen

\* Men zie b.v. het themanummer van het maandblad voor de Geestelijke Volksgezondheid van maart 1977, jr 32, met bijdragen van Geerlings, Van Eck, F. Elders, J. L. M. Elders en A. Rengelink.

wat mensen die onvrijwillig opgenomen zijn, geen behandeling wensen en dan ook niet behandeld mogen worden eigenlijk in een behandelingsinstituut moeten uitvoeren.

Als zij geasyleerd dienen te worden zolang de rechter een asylering noodzakelijk acht rijst direct de vraag of het wel juist is dat dat dan in een behandelingsinstituut gebeurt. Het juridische onderscheid tussen vrijwillige en onvrijwillige opname doet de werkelijkheid geweld aan.

Van der Esch (1970) wees op een tussengroep van patiënten die zich neerleggen bij de onvermijdelijkheid van een opname of zich niet verzetten omdat ze niet (kunnen) begrijpen wat er gaande is – de groep van 'non-opposering' patiënten. Jongmans (1974) noemt het gebruikelijk dat de beslissing over opname bij zwakzinnigen en geestelijk gestoorde bejaarden buiten hun om genomen wordt, en spreekt dan van oneigenlijke vrijwillige opname. De groep van patiënten bij wie opname plaats vindt zonder dat de behandeling het directe en enige doel van de opname is, is dus veel groter dan het aantal in juridische zin onvrijwillig opgenomenen. Dit betekent dat ook vanuit de rechtspositie van de patiënt bekeken het belang van het onderscheid tussen asylering en behandeling sterk benadrukt dient te worden.

Hebben de patiënten die worden opgenomen vaak een onduidelijk beeld van wat hen te wachten staat en hoe men hen tegemoet zal treden, voor het personeel is in feite iedere verwachting die varieert binnen de uitersten van 'een gevaarlijke krankzinnige tegen wie de maatschappij beschermd moet worden' en 'een persoon die komt om geholpen te worden met zijn probleem' legitiem. Zou men toekomstige patiënten en behandelaars, verwijzers en allen die contacten met de psychiatrische centra onderhouden niet een enorme dienst bewijzen wanneer het onderscheid tussen behandelings- en asyleringsfunctie veel duidelijker zou worden, zodat men wist waar men aan toe was? In maatschappelijk opzicht verschillen een behandelingsinstituut en een asyl nogal sterk van elkaar. Een behandelingsinstituut is er allereerst ten behoeve van patiënten, als dienstverlenend instituut. Het dient zich allereerst te richten naar datgene wat de opdrachtgever, de patiënt wil dat er gebeurt. De asyleringsfunctie daarentegen is een functie die primair in dienst van de maatschappelijke orde staat, en van de diensten die zich met het handhaven van de maatschappelijke orde belasten. Uiteraard heeft een behandelingsinstituut ook een maatschappelijke functie omdat behandeling een ook maatschappelijk te begrijpen begrip is. Bij het behandelingsinstituut is de maatschappelijke functie een afgeleide van de op de patiënt gerichte functie. Uiteraard kan een asyl een voor de patiënt heilzame en helpende functie hebben. Bij het asyl is echter de op de maatschappij gerichte functie primair. Anders gezegd: het behandelingsinstituut behartigt primair belangen van patiënten. Het asyl behartigt primair belangen van de maatschappij.

Het lijkt waarschijnlijk dat binnen de psychiatrische centra weinig begrip bestaat voor de asyleringsfunctie. Dit althans zou een ver-

klaring kunnen zijn voor de problemen die rijzen wanneer de pogingen tot behandeling van iemand na gebleken vruchteloosheid moeten worden gestaakt. Een behandelaar die moet besluiten tot opgeven van zijn therapeutische pogingen beleeft heel sterk, dat hij ook de patiënt als het ware opgeeft en daarmee veroordeelt tot een moeilijk en problematisch leven, in het ergste geval tot chroniciteit. Schipper (1978) spreekt, als hij commentaar geeft op het fenomeen dat men chronische, onbehandelbare patiënten niet met rust kan laten, van overtrokken behandelwoede en stelt in een artikel over de chronische patiënten onder meer: '... dat de psychiatrische hulpverlener teveel energie heeft gestoken in het behandelen van de gehele psychische problematiek van de mensheid'. Dit wijst erop, dat behandelaars zich niet thuis voelen in de asyleringsattitude; zij willen van de patiënten en van zichzelf meer – meer dan in een asylsituatie terecht zou zijn. De verduidelijking van het verschil tussen de asyleringsattitude en de behandelingsattitude is ook hierom zo belangrijk omdat er wederzijds – bij de psychiatrische centra enerzijds en bij de verwijzende instanties en personen en instanties die toezien op de openbare orde anderzijds – weinig kennis van elkaars uitgangspunten bestaat en daarmee ook weinig begrip voor daaruit voortvloeiende beslissingen. Het is bijvoorbeeld voor politiefunctarissen zeer moeilijk, zo niet onmogelijk, om te begrijpen hoe een psychiatrisch centrum de psychotische patiënt die bij hun in de cel verblijft kan weigeren, terwijl het toch zonneklaar is dat zo iemand moet worden opgenomen.

Behandelaars die een dergelijke patiënt weigeren doen dat soms omdat de behandeling van veel anderen op de overvolle en al onrustige afdeling door de nieuwe opname ernstig gevaar zou lopen, en ze stoten zich aan het onbegrip van de verwijzer voor deze zeer wezenlijke bezwaren. Tussen de visie van de verwijzer die iemand uit de maatschappij wil verwijderen, en de visie van de behandelaar die naar wegen tot zinvolle verandering zoekt, ligt een wereldwijd verschil, en vaak een wereldwijd onbegrip. Te verwachten is, dat een duidelijker zicht op de controversie behandelen/asyleren hier verhelderend zal werken.

De druk die vanuit maatschappelijke en verwijzende instanties op de psychiatrische centra wordt uitgeoefend om over te gaan tot een opnamebeleid dat allereerst 'ongeclausuleerd' is, en in de tweede plaats zodanig dat alle patiënten die voor opname worden aangeboden ook metterdaad worden opgenomen wordt de laatste jaren groter. Anders gezegd: de laatste jaren dient het dilemma behandelen/asyleren zich steeds nadrukkelijker aan. De behandelingsattitude vraagt een zo groot mogelijke vrijheid van handelen voor de behandelaars vanuit hun eigen beroepsverantwoordelijkheid. Dat betekent, dat in de organisatie de nadruk valt op individualisering en decentralisatie. Door de grootte van de instituten wordt de afstand van de buitenwereld tot de behandelafdeling groter; de behandelaars worden met de noodsituatie buiten veel minder geconfronteerd dan bij een sterk gecentraliseerde organisatie. De ontwikkeling van de behandelingsattitude en de democratiseringsproces-

sen in de psychiatrische centra zijn hand in hand gegaan. Dat betekent ook een decentralisering van de besluitvorming omtrent opnemingsnaam die plaatsen waar de druk van de buitenwereld het minste en de druk van de afdeling het sterkste wordt gevoeld. Giel en Schudel zien hierin een belangrijke oorzaak voor de problematiek rondom de opname van psychiatrische patiënten. De directies, schakels tussen het instituut en de maatschappij, hebben aldus Giel hun traditionele gezag verloren. Ze lijken tegenwoordig vooral te fungeren als buffers; naar buiten en naar binnen toe trachtend te verdedigen, te bemiddelen en te verduidelijken zonder dat een eenduidig opnamebeleid tot stand kan komen. Hierin schuilt het gevaar, dat de behandelingsattituden gaat verstarren tot een behandelingsideologie.

Het betreft hier echter een probleem met vele facetten.

De wens om mensen uit de maatschappij te verwijderen, omdat hun gedrag teveel problemen oplevert voor anderen of voor zichzelf is begrijpelijk en tot op zekere hoogte legitiem. Direct komt echter de vraag op, of de mensen die aldus worden opgenomen zelf ook baat hebben bij een dergelijke opname. Hoe lager de drempel voor opname in een psychiatrisch centrum, des te groter het gevaar dat lastige, moeilijke, veel onrust veroorzakende mensen op deze wijze uit de maatschappij worden verwijderd zonder dat er psychiatrische redenen en noodzaak is, en zonder dat psychiatrische behandeling bij hun perspectief kan bieden.

Het schrikbeeld van de gestroomlijnde, goed geolied lopende, alleen voor aangepaste mensen bestemde maatschappij, waarbij de psychiatrische centra dienen als opberginstellingen voor al diegenen die, op wat voor wijze dan ook, maatschappelijk onaangepast zijn, is dan niet ver meer.

Maar er is meer. Psychiatrische behandeling is moeilijk en eist, om succesvol te kunnen zijn, veel tijd, outillage en deskundig personeel. Het gevaar is groot bij ongeclausuleerd en ongelimiteerd opnemen, dat de afdelingen overvuld raken, waarbij velen onbehandelbaar en/of ongemotiveerd blijken, en dat daardoor het leefklimaat op deze afdelingen zodanig wordt verstoord, dat vrijwel iedere behandeling onmogelijk wordt. Dat betekent, dat de psychiatrische centra hun behandelingsfunctie weer goeddeels zouden verliezen, en opnieuw tot asylen zouden worden.

In feite kan men ook nu al het verwijt horen, dat mensen in psychiatrische centra worden opgeborgen, en dat er van behandeling (bijna) geen sprake is.

Veel van de kritiek op psychiatrische centra komt erop neer dat deze centra opberginstellingen (lees: asylen) zijn. Het eigenaardige verschijnsel doet zich nu voor, dat asyleren veelal gezien wordt als een slechte, immorele praktijk van de klinische psychiatrie zelf. Terwijl anderzijds de beschuldiging blijft bestaan dat de psychiatrische centra het, juist waar het de asylering van mensen betreft, laten afweten. In dubbele zin wordt de klinische psychiatrie in psychiatrische centra in de tang genomen: men verwacht allereerst dat daar patiënten worden behandeld – en als de centra de nood-

zakelijke voorwaarden voor deze behandeling scheppen, wordt hun verweten, dat ze hun maatschappelijke taak onvoldoende beseffen; in de tweede plaats wordt van de psychiatrische centra geëist, dat ze mensen asyleren – als ze dat doen wordt hun verweten dat ze mensen 'opbergen' – en niet behandelen, en als ze het niet (of minder) doen wordt hun wederom verweten dat ze hun maatschappelijke taak niet goed verstaan.

Het gaat mij er thans niet om of deze verwijten al of niet terecht zijn, het gaat mij om het verduidelijken van het dilemma dat tussen behandelen en asyleren bestaat, en het zoeken van een uitweg uit de controversen.

De gefrustreerde verwijzer, de politie die geen raad weet, de radeloze familie zijn evenzeer in de tang genomen als de psychiatrische centra. En het allermeest van allen wel de patiënt zelf, om wie het allemaal begonnen is.

Tenslotte: in de geschiedenis van de psychiatrie zijn meerdere voorbeelden te vinden van waardevolle ontwikkelingen die later weer verloren gingen. Een van dergelijke ontwikkelingen was die van de 'moral treatment' in de negentiende eeuw waaraan de namen van Pinel, Tuke en anderen zijn verbonden. In een beschouwing over het verval van deze therapie citeert Sederer (1977) een retrospectief onderzoek dat door John Park gedaan werd over de resultaten van 50 jaar psychiatrische behandeling (1832 tot 1882). Park kwam daarbij tot de conclusie dat van de in de periode 1833 tot 1852 opgenomen patiënten die binnen een jaar werden ontslagen 66% hersteld kon worden ontslagen en 5% verbeterd.

Korte tijd later deed de doctrine van de ongeneeslijkheid van krankzinnigheid weer haar intrede. Sederer verklaart het verloren gaan van de moral treatment onder meer uit de volgende factoren:

- er moesten veel teveel mensen worden opgenomen en in het instituut worden gehouden; in de overvolle inrichtingen was individuele aandacht onmogelijk en kwam het accent steeds meer op bewaring en bewaking te liggen;

- het verlies van zelfstandigheid van de instituten wat betreft het opname- en ontslagbeleid leidde ertoe dat de afdelingen vergaarbakken werden, waar geen zinvolle behandeling meer mogelijk was;

- de noodzaak tot bezuinigen, waardoor te weinig behandelingspersoneel en faciliteiten beschikbaar waren.

Gaat de geschiedenis zich herhalen?

## Literatuur

- Andel, H. van (1974), Klimaatverbetering in een psychiatrisch ziekenhuis. *T. Psychiat.* 16, 414-437.
- Arnhoff, F. N. (1975), Social consequences of policy towards mental illness. *Science* 198, 1277-1281.
- Becker, A., C. Schulberg (1976), Phasing out state hospitals – a psychiatric dilemma. *New Engl. Med. J.* 294, 255-261.

- Bierenbroodspot, P. (1969), *De therapeutische gemeenschap en het traditionele psychiatrisch ziekenhuis*. Boom, Meppel (5e druk 1976).
- Bierenbroodspot, P. (1974), Delen of delegeren van macht: een belangrijke therapeutische beslissing in de ontwikkeling van een psychiatrisch ziekenhuis. *T. Psychiat.* 16, 323-333.
- Buis, C. (1972), Wie en wat bepalen de toekomst van de psychiatrische inrichtingen? *T. Psychiat.* 14, 205-219.
- Cuthill, J. M. (1975), Trends in the care of psychiatric patients. *Brit. J. Psychiat.* 127, 265-275.
- Dijk, W. K. van, e.a. (1978), *Interim-rapport werkgroep rechtspositie psychiatrische patiënten in psychiatrische ziekenhuizen*.
- Early, D. F., R. V. Magnus (1966), Population trends in a mental hospital. *Brit. J. Psychiat.* 112, 595-601.
- Early, D. F., M. Nicholas (1977), 'Dissolution of the mental hospital': Fifteen years on. *Brit. J. Psychiat.* 130, 117-122.
- Eck, L. J. A. M. van, W. Knol-Schoonhoven en J. L. van de Lande (1976), Suïcide en psychiatrische behandeling. *T. Psychiat.* 18, 761-808.
- Ekdawi, M. Y. (1967), The difficult patient. *Brit. J. Psychiat.* 113, 547-552.
- Erickson, R. C. (1975), Outcome studies in mental hospitals: a review. *Psychol. Bull.* 82, 519-540.
- Esch, P. van der (1970), De vrijheid van met machtiging opgenomen patiënten. *T. Psychiat.* 12, 117-185.
- Giel, R. (1973), Over de opname van psychiatrische patiënten. *T. Psychiat.* 15, 110-124.
- Giel, R. (1979), De keerzijde van het therapeutische klimaat. Paradoxen in de inrichtingspsychiatrie. *M. Geest. Volksgez.* 34, 604-616.
- Greenblatt, M., E. Glazier (1975), The phasing out of mental hospitals in the United States. *Am. J. Psychiat.* 132, 1135-1140.
- Heerma van Voss, A. J. (1977), Is de patiënt al genoeg gestraft? De argumenten in de zaak Hans de Groot. *M. Geest. Volksgez.* 32, 128-136.
- Jacobs, D. (1969), De externe relaties van het psychiatrisch centrum. *T. Psychiat.* 11, 121-132.
- Jacobs, D. (1972), De toekomst van de psychiatrische centra. *T. Psychiat.* 14, 85-101.
- Jongmans, J. W. M. (1974), Uitgangspunten voor een nieuwe wetgeving met betrekking tot geestelijk gestoorde. *T. Psychiat.* 16, 482-497.
- Londen, J. van (1973), Problemen op het grensvlak van ambulante en klinische psychiatrie: sociaal-psychiatrische aspecten. *T. Psychiat.* 15, 289-299.
- Marlet, J. J. C. (1975), Samenwerking tussen klinische en ambulatorische psychiatrische hulpverlening. *T. Psychiat.* 14, 409-417.
- Nadler, S., E. M. Barrett, D. Miller, M. E. Lea (1967), Patients who choose to live in the hospital. *Int. J. Soc. Psychiat.* 13, 150-157.
- Romme, M. A. J. (1970), Organisatie gezondheidszorg en langer durende psychiatrische opnemingen. *T. Soc. Geneesk.* 48, 402-406.
- Schipper, J. A. (1978), 'De chronische patiënt': behandeling van een bejegening. *T. Psychiat.* 20, 285-293.
- Schudel, W. J. (1979), Opname in een psychiatrisch ziekenhuis. *M. Geest. Volksgez.* 34, 617-628.
- Sederer, L. (1977), Moral therapy and the problem of morale. *Am. J. Psychiat.* 134, 267-272.
- Smith, D. E. (1965), The logic of custodial organisation. *Psychiatry* 28, 311-323.
- Zwanikken, G. J. (1979), Psychiatrische kliniek en eerste lijnszorg. *T. Psychiat.* 21, 481-488.