

Ontslagen uit het psychiatrisch ziekenhuis

'n Schets van een sociologische probleemstelling

door A. C. van den Hout

Aanleiding tot dit artikel

In het Tijdschrift voor Psychiatrie verscheen in oktober 1981 een artikel van Jenner en Frets over de tragiek welke samenhangt met de opname in een psychiatrisch ziekenhuis. De inhoud van het artikel sprak me ten eerste aan, met name een uitspraak als: 'De beslissing tot een opname in het psychiatrisch ziekenhuis is een optelsom van deelsituaties die er elk voor zich niet noodzakelijkerwijze toe behoeven te leiden.' (Jenner e.a., 1981)

Gelijktijdig kwam de gedachte bij me op dat de eerste zinnen van hun artikel met vervanging van de woorden 'opname in het psychiatrisch ziekenhuis' door 'ontslag uit het psychiatrisch ziekenhuis' een nagenoeg identieke tragiek zouden kunnen weergeven. Deze eerste zinnen zouden dan (ongeveer) als volgt luiden: 'Een ontslag uit het psychiatrisch ziekenhuis is een ingrijpende gebeurtenis die een oplossing biedt voor sommige problemen, maar tevens nieuwe problemen creëert. Het leven van hen die (eertijds) achterbleven, wordt (door dit ontslag) ontregeld... De ex-patiënt wordt, alle pogingen het tegendeel te bereiken ten spijt, gestigmatiseerd: zijn gedrag wordt vanaf het moment van het ontslag beoordeeld als gedrag van een ex-gestoorde; in conflicten wordt conflictgedrag niet als zodanig beoordeeld maar als (weer of nog steeds) ziek; solliciteren is vanaf dat moment moeilijker, naar sommige functies (bij rijk en gemeente) zelfs zinloos geworden... De heropname als probleemoplossing kan hiermee zijn intrede doen.' (Jenner e.a., 1981)

Indien ik aan de originele betekenis van de begrippen en de zinnen van Jenner en Frets geen afbreuk heb gedaan of die betekenis niet heb veranderd, dan kan een dergelijke synonymiteit niet toevallig zijn. Hoe vreemd het ook moge klinken: *opgenomen worden* in een psychiatrisch ziekenhuis lijkt veel overeenkomsten te vertonen met *ontslagen worden* uit een psychiatrisch ziekenhuis.

Als er overeenkomsten zouden zijn, hoe komt het dan, wat bete-

kent dat dan, bij voorbeeld voor de verdere toekomst van de ex-psychiatrische patiënt? Dient die verdere toekomst niet te worden bestudeerd juist in relatie tot de opname, wil de tragiek die ogenschijnlijk dan zowel met de opname in, als met het ontslag uit, het psychiatrisch ziekenhuis gepaard gaat, geminimaliseerd kunnen worden. Mogelijk blijkt uit een dergelijke studie dat de verbinding tussen opname en ontslag gelegen is in het feit dat de beslissing tot een heropname in het psychiatrisch ziekenhuis ook 'een optelsom is van deelsituaties die elk voor zich niet noodzakelijkerwijze tot een heropname hoeven te leiden.' Waar met betrekking tot de Nederlandse situatie in publikaties regelmatig 30% à 40% heropnemingen per jaar genoemd worden, lijkt dit geen irrelevante vraag. Dit artikel probeert een aantal gedachten vanuit de psychiatrische sociologie te ordenen rond het ontslag uit het psychiatrisch ziekenhuis.

Opname en ontslag: een reflexie inzake overeenkomsten en verschillen

In de lijn van het voorafgaande duiken op grond van de vergelijking als vanzelf enkele mogelijke verbindingspunten op tussen opname en ontslag.

1. Een drietal overeenkomsten

(a) In de sociologie is het niet ongebruikelijk het proces van het psychiatrisch patiënt worden, aan te duiden met de term 'carrière.' Daarbij moet dan niet gedacht worden aan het stijgen op de maatschappelijke ladder: het carrière-maken, maar veeleer aan een geheel van opeenvolgende evenementen die de sociale loopbaan van iemand inhoudelijk bepalen omdat mensen met de constructie daarvan sociaal bezig zijn. (Goffman, 1961) Opname en ontslag uit een psychiatrisch ziekenhuis zijn dergelijke evenementen. Ze maken deel uit van eenzelfde proces en nemen daarin eigenlijk, sociologisch gezien geen essentieel verschillende posities in: het zijn onderdelen van eenzelfde proces waarin de psychiatrische patiënt sociaal gevormd wordt, een sociale positie krijgt toegewezen, daarnaar behandeld wordt en behandeld blijft worden.

(b) Met het introduceren van het begrip 'carrière' treedt een tweede overeenkomst tussen opname en ontslag op de voorgrond: opname en ontslag zijn beide eindpunt van een situatie waarin een oplossing van een bepaalde problematiek werd nagestreefd. De opname is altijd een oplossing van een sociale en vaak van een individuele problematiek: de samenleving acht de opname in een psychiatrisch ziekenhuis gewenst als beveiliging van het individu of van het samenlevingsevenwicht, en het individu voelt zich vaak niet bij machte verder te gaan alsof er niets aan de hand is.

Het ontslag is een oplossing van met name een stuk individuele problematiek: met de behandeling heeft iemand geleerd zich weer normaal te kunnen gedragen, zich te kunnen beheersen, met zijn problemen om te gaan.

Maar, zoals ik hierboven parafraseerde: 'Een opname in (en een ontslag uit) een psychiatrisch ziekenhuis ...creëert tevens nieuwe problemen.' (Jenner e.a., 1981) Dit laatste leidt tot een derde punt van overeenkomst.

(c) De reacties van de sociale omgeving ten aanzien van de *opgenomen* psychiatrische patiënt zijn namelijk niet essentieel verschillend van de reacties die de sociale omgeving van de *ontslagen* psychiatrische patiënt hanteert.

Vaak hebben mensen uit de brede sociale omgeving van de pre-patiënt reeds geruime tijd laten merken dat diens gedrag voor hen niet acceptabel is en het etiket 'gek' verdient. De opname in een psychiatrisch ziekenhuis is in sociologische zin een publieke legitimering dat iemand 'echt gek' is. Ook al wordt het gedrag van iemand die ontslagen wordt uit een psychiatrisch ziekenhuis daarvoor publiekelijk als 'gezond' en 'weer normaal' gelegitimeerd, mensen uit de sociale omgeving van deze ex-patiënt laten maar al te vaak merken dat hún aanvankelijke definitie daarmee niet ongedaan wordt gemaakt. (Nijhof e.a., 1980; Scheff, 1963; Paull, 1980 en Steadman, 1981) Dan geldt dus niet dat het ontslag een publieke legitimering is van het niet-meer-gek-zijn. Een 'ex-gek' is nog zeer lang, zo niet voor altijd, een potentiële 'gek'. Er is dus geen essentieel verschil tussen opname en ontslag op het punt van etikettering: wat door de opname in gang is gezet, wordt niet door het ontslag ongedaan gemaakt. De patiënt heeft zich tijdens de behandeling moeten voorbereiden op een hernieuwd functioneren in de samenleving (Pols, 1980); de samenleving zelf heeft zich niet moeten voorbereiden op het weer opnemen van de normale relatie na de terugkomst van iemand alsof het hier een volwaardig persoon betrof. Integendeel, ervan uitgaand dat het voor iemand die ontslagen wordt uit een psychiatrisch ziekenhuis onmogelijk is nog voor 100% te functioneren, heeft zij zich voorbereid op een nieuwe relatie gebaseerd op het etiket 'ex-gek' en daarmee wordt de ex-patiënt (zoals de ex-delinquent) een a-priori-verdachte: iemand aan wie tweemaal zo hoge eisen worden gesteld als aan een 'normaal' iemand. Hoewel zij hun plaats ogenschijnlijk weer kunnen innemen, is hun sociale identiteit niet meer dezelfde; die zullen ze wel moeten heroveren (Albin, 1981), of met de nieuwe genoegen nemen.

2. Enkele verschilpunten

Naast overeenkomsten zijn er ook verschilpunten.

(a) Opname en ontslag horen weliswaar bij hetzelfde proces en zijn sociologisch gezien essentieel aan elkaar gelijk, het zijn in de beleving van de psychiatrische patiënt zelf, toch geheel verschillende momenten. De opname levert met name een gevoel van hopeloosheid op, van vertwijfeling soms, van 'ze doen maar'; hij voelt zich niet sterk omdat hij zijn eigen handelen en ervaren niet meer beheerst. (Fromm, 1978) Tijdens het ontslagproces ontstaat veel eerder een gevoel van (soms angstige) verwachting: van 'zal het wel lukken'; soms ook van 'bravour'; van 'ik zal eens wat laten zien.'

Zijn voor de patiënt beide momenten wezenlijk verschillend, ook voor de sociale omgeving van de patiënt zijn het wezenlijk verschillende momenten.

De opname als begin van een sociaal isolement van de patiënt, van een 'intramuraal leven', ontheft het publiek ervan voortdurend zijn houding tegenover zo iemand te bepalen omdat men zo iemand letterlijk niet meer tegenkomt. Dit geeft de sociale omgeving het gevoel dat ze van een stuk verantwoordelijkheid af is. Anderen bemoeien zich nu professioneel met het 'probleemgeval.' Het ontslag, als einde van dit onderdeel van het professioneel begeleid behandelingsproces, verplicht de omgeving echter tot een hernieuwde kennismaking en tot het her-opnemen van verantwoordelijkheid.

(b) Ik wees er reeds op dat de reactiewijzen van de sociale omgeving ten aanzien van de 'gek' en ten aanzien van de 'ex-gek' volgens de literatuur niet essentieel verschillen. In hun effect echter lijken ze me voor de ex-patiënt wel verschillend. De ex-patiënt krijgt door zijn omgeving namelijk een nieuwe sociale rol toegewezen die gebaseerd is op de opname in een psychiatrisch ziekenhuis. Het opgenomen zijn geweest in een psychiatrisch ziekenhuis gaat sociaal gezien, alle andere eigenschappen van die persoon te boven en daarmee ontstaat een nieuwe sociale identiteit die in hoofdzaak gebaseerd is op het eenmaal 'gek' geweest zijn.² De tragiek ligt dan vaak hierin dat de ontslagen patiënt noch deze rol noch de daarbij behorende identiteit accepteren wil, deze soms zelfs bevecht en juist daardoor zijn positie van toch al a-priori-verdachte omzet in die van de recidivist: zijn aanval op het etiket wordt sociaal onacceptabel geacht. Op grond daarvan wordt de sociale druk en sociale controle om toch 'normaal' te doen (dat wil zeggen zich te gedragen zoals een ex-psychiatrische patiënt zich behoort te gedragen) geïntensiveerd totdat de ex-patiënt zich bij het etiket neerlegt of er onderdoor gaat. In de carrière van de psychiatrische patiënt speelt op deze wijze het sociale mechanisme van de 'selffulfilling prophecy' en van de 'self-destructing prophecy' een belangrijke rol.

Schets van een sociologische probleemstelling

1. Algemeen

In het voorafgaande zijn enkele parallellen aangegeven tussen de opname in en het ontslag uit een psychiatrisch ziekenhuis. De mogelijkheid dat ook het ontslagen worden en het terugkeren in de samenleving een bepaalde tragiek oplevert voor de betreffende psychiatrische patiënt, leidde tot de idee dat daarmee een aantal heropnames of een deel van de complexiteit welke heropname noodzakelijk maakt, kan worden begrepen. Daarbij is de aandacht vooral gericht op de aard van sociale contacten en op de mogelijkheid zichzelf te kunnen zijn.

Alvorens over een mogelijke heropname als gevolg van onder ander het niet voor honderd procent geaccepteerd worden, iets te kunnen zeggen, lijkt het noodzakelijk via onderzoek inzicht te

krijgen in wat ex-patiënten na hun ontslag uit het psychiatrisch ziekenhuis in de samenleving meemaken juist op grond van het feit dat ze werden opgenomen en behandeld vanwege psychisch gestoord gedrag.

Een dergelijk onderzoek zou met name een sociologisch accent dienen te bezitten omdat het onderzoeksobject gelokaliseerd wordt in de relatie individu-maatschappij (Giele a., 1981) en meer specifiek in de wijze waarop de sociale omgeving en ex-psychiatrische patiënten met elkaar omgaan en wat ze voor elkaar betekenen. De algemene probleemstelling van een dergelijk onderzoek kan men dan als volgt formuleren:

Hoe komt het dat sommige mensen na hun ontslag uit een psychiatrisch ziekenhuis veel problemen ervaren en andere minder? Betekent het ontslag uit een psychiatrisch ziekenhuis inderdaad dat bij voorbeeld een aantal problemen zijn opgelost en nieuwe problemen ontstaan? Is het inderdaad zo, dat bepaalde groepen ex-patiënten een hogere heropname-kans hebben dan andere?

In het sociologisch onderzoek dat naar aanleiding van deze vragen door mij werd opgezet en uitgevoerd* werd deze algemene probleemstelling als volgt geconcretiseerd:

- Met welke sociale problemen wordt een ex-psychiatrische patiënt geconfronteerd,
- Op welke wijze is daarmee in de intramurale behandeling rekening gehouden,
- Op welke wijze speelt de nazorg bij de oplossing van mogelijke problemen een rol,
- Zodat heropnames zoveel mogelijk worden voorkomen (v.d. Hout, 1979).

Via het in kaart brengen van dat gedeelte van de sociale carrière van de psychiatrische patiënt, dat met de 'ex-patiënt-fase' wordt aangeduid, wordt geprobeerd antwoorden te geven op deze vragen. Daarbij gaat in dit onderzoek de belangstelling vooral uit naar factoren die te groeperen zijn rond individuele persoonlijke *draagkracht* (zoals sociale weerbaarheid en incasseringsvermogen), rond de *structurele omstandigheden* waarin de ex-patiënt verkeert of komt te verkeren (sociale klasse, inkomen etc., maar ook WAO-regelingen, AWBZ-voorzieningen, e.d.), rond het *professionele ondersteuningssysteem* (verwijzing, – intramurale behandeling –, nazorg) en rond het patiënt-systeem (primair sociaal netwerk van familie, huisgenoten, etc. en secundair sociaal netwerk van vrienden, werkcollega's, etc.) als *non-professioneel ondersteuningssys-*

* Het onderzoek: 'Ex-psychiatrische patiënten: sociale problemen en hulpverlening', projectleider drs. A. C. van den Hout, wordt mogelijk gemaakt door de financiële steun van het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne en van het Nationaal Fonds voor de Geestelijke Volksgezondheid. Het wordt uitgevoerd in samenwerking met het Instituut voor Toegepaste Sociologie te Nijmegen. Het onderzoek wordt gesteund door een begeleidingscommissie, samengesteld uit o.a. medewerkers van de betrokken psychiatrische ziekenhuizen van Raalte, Wolfheze, Ermelo, Warnsveld, Deventer, Venray en Boekel.

teem. In het onderzoek worden zowel patiënten die terugkeren naar de samenleving alsook hun professionele hulpverleners driemaal binnen 8 maanden na het ontslag geïn'terviewd.*

2. Theoretische achtergronden

Welke theoretische ideeën liggen aan deze probleemstelling ten grondslag? Vanzelfsprekend kan ik in het bestek van dit artikel geen volledig uitgewerkt theoretisch model presenteren. Ik wil eerder volstaan met het belichten van enkele sociologische kernpunten.

(a) Sociale carrière. Het eerste theoretische kernpunt wordt gevormd door wat Goffman de 'patiënt-carrière' noemt. De belangrijkste fasen zijn de 'pre-patiënt'-fase, de 'in-patiënt'-fase en de 'ex-patiënt'-fase; in het kort wil ik hierover nog enkele opmerkingen maken, naast hetgeen daar al eerder over werd opgemerkt in het voorafgaande.

De term pre-patiënt-fase stamt uit een tijdperk en meer nog uit een denkwereld, waarin behandelen vóór een intramurale opname niet als een serieuze activiteit werd gezien. Echt behandeld word je pas na een klinische opname; je wordt dan ook pas een echte serieuze patiënt. Datzelfde geldt voor het begrip post-patiënt-fase; omdat voor Goffman de in-patiënt-fase de spil is van de patiënt-carrière, werkt hij deze post-fase zelfs niet uit.

Om de aansluiting met het carrière-begrip te behouden zal ik toch de termen pre- en post-patiënt-fase blijven hanteren met de uitbreiding dat ook vóór de opname en na het ontslag, er gesproken kan worden van een patiënt (of zo men wil cliënt).

De pre-patiënt-fase ofwel het psychiatrisch-patiënt worden, heeft doorgaans een kortere of langere voorgeschiedenis, gekenmerkt door een opeenstapeling van (sociale) problemen die de ruimte die iemand nodig heeft voor zijn sociale functioneren, steeds verder inperken. Ook Jenner en Frets wezen al op deze opeenstapeling (Jenner e.a., 1981) De betrokkene kan dan in een kanaal voor psychische probleemgevallen terechtkomen, zoals er bij voorbeeld ook een justitieel kanaal is voor 'aankomende' criminelen. In de Nederlandse verhoudingen kan zo'n pre-fase gekarakteriseerd worden door een reeks min of meer teleurstellende hulpverleningservaringen. Ondanks de geboden hulp kan er dan een onhoudbare situatie ontstaan. (Hatfield, 1978) Over het algemeen is de opname in een psychiatrisch ziekenhuis het begin van een nieuwe fase in de psychiatrische behandeling. Voor de sociale omgeving is het zelfs vaak het begin van de 'echte' behandeling.** Deze in-patiënt-fase

* Deze dataverzameling werd in het voorjaar van 1981 afgesloten.

** Een opname hoeft niet noodzakelijkerwijs de start te zijn van een 'succesvolle' behandeling: mogelijk heeft een opname ook een positieve functie als 'strandingspunt': een plaats, waar iemand kan aanslibben, zoals een schipbreukeling met zijn wrakke bootje op een zandplaat aanspoelt, op verhaal komt en in dezelfde wrakke kano weer verder moet. In dat geval is er (zogenaamd) geen meetbaar behandelings-effect hoewel het psychiatrisch centrum toch een positieve functie heeft vervuld, nl. als asiel, als 'gast-huis' is opgetreden.

heeft een aantal belangrijke consequenties voor de patiënt zelf; door Goffman (Goffman, 1961) zijn deze uitgebreid beschreven. Ook voor de sociale omgeving heeft dit consequenties. Zo treden een aantal stereotypen in werking: 'As is commonly suspected, the mentally ill are regarded with fear, distrust, and dislike by the general public'. (Nunnally, 1969) Veel van deze stereotypen bestaan op basis van onkunde en vooroordeel; een onkunde en een vooroordeel die evenzeer opgaat voor en zelfs afgeleid is van wat er in het psychiatrisch ziekenhuis gebeurt. (Reinhardt-Schnadt, 1973) Iemand wordt in een dergelijk ziekenhuis niet opgenomen om een operatie te ondergaan die uitsluitend daar kan worden uitgevoerd. De enige operatie is de opname zelf, de verwijdering uit de samenleving. (Horst, 1979)

Het risico voor de psychiatrische patiënt die ontslagen wordt, is derhalve gelegen in de mogelijkheid dat hij na zijn ontslag (ex-patiënt-fase) geconfronteerd wordt met een verandering in denken en handelwijze van zijn sociale omgeving tegenover hem, die hij door zijn isolement niet heeft kunnen meebeleven. Kortom: sociologisch gezien is de 'in-patiënt-fase' van belang door het ontstaan van een 'legale' etikettering en stigmatisering en door het feit dat de patiënt en diens sociale omgeving onafhankelijk van elkaar veranderingen doormaken. Naast de al eerder vermelde reactiewijzen van de samenleving op de ex-psychiatrische patiënt, wordt de ex-patiënt-fase ook sterk beïnvloed door de pre- en in-patiënt-fase. Spitzer en Denzin (Spitzer e.a., 1968) wijzen die resultaten meer specifiek toe aan een viertal behandelingsgegevens:

- a. het participatieproces in de behandeling: wat deed de patiënt met en in de behandeling ('behavioral event');
 - b. het zelf-identificatie- en evaluatieproces: hoe beoordeelt de patiënt zichzelf in relatie tot de behandeling; wat heeft die hem gedaan ('definitorial event');
 - c. het beslissingsproces ten aanzien van verder hulpzoekgedrag: wat wil de patiënt zelf, wat willen anderen inzake verdere hulp ('treatment decision');
 - d. de formele en informele legalisering van het vertrek: mag de patiënt met ontslag, wil hijzelf wel of niet, moet hij met ontslag.
- Op grond van deze procesmatige elementen van de behandeling, ontstaan zowel bij patiënten als ook bij hulpverleners een aantal verwachtingen ten aanzien van het verdere functioneren van de patiënt in de ex-patiënt-fase. Zo heeft de hulpverlener die het ontslag van de psychiatrische patiënt voorbereidt, zich een bepaald idee over het functioneren na het ontslag gevormd, wat met name gebaseerd is op de eerste drie aspecten.

Voor de ex-patiënt zullen vooral de twee laatste aspecten ('treatment decision' en 'legalisering van het vertrekgedrag'), bijzonder belangrijk zijn. Of de ex-patiënt bereid is verdere deskundige hulp te willen zoeken en of het ontslag uit het psychiatrisch ziekenhuis wel legaal is, dat wil zeggen gezien kan worden als een 'gezondheidsverklaring', heeft immers direct verband met de wijze waarop de sociale omgeving de ex-patiënt ontvangt. Als iemand met goed-

keuring van de intramurale zorg vertrekt, betekent dit dat hij/zij voldoende tegen mogelijke problemen is opgewassen. Bovendien zal hij door de 'nazorg'*-instanties als minder moeilijke ex-patiënt worden beschouwd dan iemand die tegen advies is vertrokken. Deze overwegingen rond het ontslag zelf leveren een aantal theoretische veronderstellingen op ten aanzien van de ex-patiënt-fase in samenhang met het ontslaggegeven. Het zal duidelijk zijn dat de mate van vrijwilligheid ten aanzien van het ontslag kan samenhangen met bij voorbeeld gemotiveerdheid verdere hulp te zoeken. Dit geldt evenzeer voor de legaliteit van het vertrek: men kan veronderstellen dat patiënten met een 'legaal' vertrek, zowel door de sociale omgeving als ook door de 'nazorg'-instanties als minder moeilijke ex-patiënten zullen worden beschouwd, dan zij die tegen het advies van het centrum vertrekken. Een soortgelijke samenhang kan verondersteld worden tussen de beslissing ten aanzien van verder hulpzoekgedrag en de bereidheid van 'nazorg'-instanties daarop in te gaan.

In de bovengenoemde theoretische reflexies ten aanzien van de carrière is het begrip sociale omgeving al enige keren genoemd. Het vormt het tweede kernpunt van de probleemstelling.

(b) Sociale omgeving, sociaal netwerk, sociaal systeem. Het tweede theoretische kernpunt heeft betrekking op de rol van de sociale omgeving. Bij de overeenkomsten en verschillen tussen opname en ontslag is daarover al gesproken in verband met reacties op het feit van opname en ontslag. In het kader van de voorgestelde probleemstelling dient het verder te worden uitgediept. Deze sociale omgeving kan in navolging van Mitchell (1969) opgevat worden als een sociaal netwerk, dat wil zeggen 'een specifieke set van relaties ('binds') tussen een gedefinieerde set van mensen met... de eigenschap dat de kenmerken van deze verbindingen als geheel gebruikt kunnen worden om sociaal gedrag van de betrokken personen te interpreteren'.

Een belangrijk onderscheid is dat tussen categoriaal netwerk (betreft een set personen met gezamenlijke kenmerken of relatietypen, zoals ras, klasse, etc.) en egocentrisch netwerk (betreft één actor en die mensen met wie de actor op een specifieke wijze is verbonden) (Boissevain e.a., 1973).

Omdat in deze probleemstelling het (relationeel) functioneren van de ex-psychiatrische patiënt centraal staat, ligt het voor de hand de sociale omgeving van de ex-patiënt te bestuderen als egocentrisch netwerk. Familie, buurt, etcetera beschouw ik dan als deelnetwerken daarvan en met name als mogelijke primaire deelnetwerken. Voor deze deelnetwerken komen namelijk in aanmerking de zogenaamde 'first order contacts', contacten waarmee betrokkene zich direct verbonden voelt (Spitzer e.a., 1968) op niet louter conventionele wijze. Naast een integratieve en ondersteunende functie heb-

* 'nazorg' is eigenlijk geen juiste term: het wekt veel te sterk de indruk alsof de intramurale behandeling de kern is van de psychiatrische behandeling, terwijl er eigenlijk sprake is van een verdere behandeling in extramuraal verband.

ben primaire sociale (deel)netwerken volgens Knipscheer (Pilisuk e.a., 1978) ook een interpretatieve functie: onderlinge communicatie op basis waarvan binnen het netwerk definities c.q. betekenissen van situaties en objecten worden ontwikkeld en gebruikt.

In de laatste decennia (Knipscheer, 1982) is een toenemende aandacht te signaleren voor het sociale netwerk waartoe de psychiatrische patiënt behoort (Laing e.a., 1964); men noemt het dan ook wel het patiënt-systeem. Omdat men dit systeem ziet in verband met de problematiek (soms zelfs als mede-veroorzaker ervan (Szasz, 1962; Hammel, 1973)) van de patiënt, wordt het bij de opname en de behandeling betrokken en men spreekt dan van systeembehandeling. Wordt iemand door de opname in een APZ geïsoleerd uit dat functionerende systeem, dan bestaat de kans dat hij zijn positie in dat netwerk niet meer terugvindt en een nieuwe positie niet wenst te accepteren.

(c) Behandelingsklimaat. Een derde theoretisch kernpunt heeft te maken met behandelingsklimaat. Dit klimaat wordt enerzijds gevormd door de 'werelden' welke psychiatrische patiënten en hulpverleners creëren rond de behandeling:

Goffman (1961) wees op het specifieke klimaat binnen 'totale instituties'; anderzijds bestaat er ook een 'wereld' van de thuissituatie waarmee de opgenomen patiënt weliswaar vaak niet meer direct maar wel indirect te maken heeft. Diverse onderzoeken (Linn, 1968; Mayer e.a., 1974; Shiloh, 1968) hebben aangetoond dat patiënten zeer gevoelig zijn voor humanitaire aspecten van hun verblijfsituatie die niet zoveel te maken hebben met de behandeling; het gaat hier met name om zaken als veiligheid, vertrouwen, zich gesteund weten door anderen, etc. Deze humanitaire aspecten gelden ook voor hun 'thuissituatie'; vinden de ex-patiënten dit klimaat bij hun terugkomst niet (meer) aanwezig, dan zijn ex-patiënten als ieder ander: kan men een sociaal klimaat uitzoeken, dan zoekt men die situatie die het beste de behoefte daaraan kan bevredigen en dat kan soms zelfs een psychiatrisch ziekenhuis zijn.

(d) Behandelingsafstemming. Hiermee is het vierde en tevens laatste theoretische kernpunt aan de orde. Dit kernpunt stamt uit de organisatiesociologie en betreft de interorganisatiele verhoudingen in de geestelijke gezondheidszorg. (Godfroy, 1979) In het kader van de hier gepresenteerde probleemstelling komt het erop neer dat wanneer er tussen de intramurale 24-uurs-zorg en de extramurale (na-)zorg geen zekere mate van overeenstemming bestaat ten aanzien van de aard, de vorm en de inhoud van de psychiatrische en psycho-sociale hulpverlening, het 'succes' van de hulpverlening twijfelachtig wordt. Voor een 'succes' op langere termijn is nodig dat intra- en extramurale hulpverleners het met elkaar zoveel mogelijk eens zijn over de aard, de doelstelling, de inhoud en de onderlinge afstemming van de diverse onderdelen van de behandeling, begeleiding, hulpverlening of hoe men het ook noemt.

Op grond van bovenstaande theoretische overwegingen meen ik te kunnen stellen

- dat het ontslag uit een psychiatrisch ziekenhuis vaak als een scharnier in het leven van de patiënt fungeert: het is het moment waarnaar hij verlangt en waarvoor hij gelijktijdig bang is;
- dat het patient-zijn sociologisch gezien niet ophoudt bij het verlaten van het psychiatrisch ziekenhuis;
- dat in het kader van de psychiatrische behandeling niet alleen de successievelijk 'ondergane' therapieën van belang zijn maar zowel het geheel (zo men wil het plan) waarin deze therapieën een zinvolle plaats innemen, alsook het klimaat waarin de behandeling plaatsvindt;
- dat een behandelingsgeheel zowel datgene wat aan de opname in een psychiatrisch ziekenhuis voorafgaat, omvat, alsook dat wat in het psychiatrisch ziekenhuis plaatsvindt en wat na het ontslag gebeurt;
- dat bij een dergelijk behandelingsgeheel het accent niet alleen bij de persoon van de (ex)patiënt maar ook bij diens sociale omgeving zou moeten liggen; al is het alleen maar omdat het vanzelf spreekt, dat een netwerk dat bijdraagt aan het afwijkende gedrag van de opgenomen psychiatrische patiënt, voor deze 'bijdrage' behandeld dient te worden, wil de problematiek welke leidde tot opname niet na kortere of langere tijd weer 'bijdragen' aan een terugval en zelfs heropname;
- dat bij de huidige inrichting van de geestelijke gezondheidszorg dit alles (en met name de laatste stelling) een utopie zal blijken te zijn.

Het is dan ook niet terecht heropnames steeds te willen bestuderen als het falen van de inrichtingspsychiatrie; het is ook een falen van de samenleving. Met het begrip heropname wordt vaak het begrip 'succesvolle ex-patiënt' verbonden.

Van de inhoud van beide begrippen weten we weinig en hoewel heropnamecijfers zeer geliefd zijn als meetinstrument voor de doeltreffendheid van de intramurale behandeling zijn ze daarvoor niet geschikt.* Zijn frequent kortdurend opgenomen patiënten bij voorbeeld slechtere patiënten dan eenmalig zeer langdurig opgenomen patiënten. Uit diverse onderzoeken bleek dat heropname vaak niet van de persoon alleen afhangt; het gaat vaak samen met niet beheersbare 'overmachts'factoren die vaak van persoon tot persoon verschillen, zoals het 'thuisklimaat' of simpelweg huisvesting en voldoende inkomen. Daar staat tegenover dat wel degelijk het 'self-supporting' gedrag van de ex-patiënt (met geld kunnen omgaan, werk zoeken, motivatie) een belangrijke determinant blijkt te zijn voor succes. (Miller e.a., 1976) Daarnaast bleek uit een studie van Serban & Gidynski (1974) dat niet het werkloos-zijn op zich – zoals Brown (1966) suggereerde – het meest bijdraagt aan een heropname, maar het afhankelijk zijn van de bijstand.

* Ondanks de bezwaren tegen heropnamecijfers als graadmeter voor succes worden deze cijfers toch vaak als indicators 'par excellence' gebruikt. Dat is dan niet op inhoudelijke maar op praktische gronden: ze zijn handig, lijken eenduidig, voor het beleid hanteerbaar, etc.

Uit een studie van Tudor, Tudor & Gove (1979) bleek bovendien dat mannelijke ex-patiënten meer te lijden hebben onder negatieve reacties van hun sociale omgeving dan vrouwen. Door deze aandacht voor de heropname-kans van de ex-patiënt in de probleemstelling, suggereert het onderzoek naast het inventariseren van het behandelingseffect ook een min of meer impliciete predictiemeting.

3. *Ex-patiënt-problematiek en heropname*

De ex-patiënt-situatie heb ik in het voorafgaande al beschreven als het resultaat van een interactie tussen de ex-patiënt en de leden van zijn of haar sociaal netwerk. Een dergelijke situatie kan een problematisch karakter hebben, zelfs van een dermate omvang en intensiteit dat van een terugval gesproken kan worden. Soms leidt dit tot heropname.

Diverse factoren kunnen het problematische van de ex-patiënt-situatie in de hand werken. Zo zijn er factoren die sterk aan de persoon van de ex-patiënt gebonden zijn (de startbasis, zoals ik eerder betoogde en de persoonlijke draagkracht m.b.t. de draaglast); andere hangen samen met de persoonlijke problematiek, voorzover niet alles daarvan tijdens het intramurale verblijf hanteerbaar kon worden gemaakt. Deze beide samen noem ik de *eerste handicap* van de ex-psychiatrische patiënt.* Factoren van een geheel ander karakter hebben betrekking op het problematische van de interactiesituatie van de ex-psychiatrische patiënt en diens sociale omgeving; in dit verband is hierboven al gewezen op de reactiewijzen van de brede sociale omgeving en de gevolgen daarvan. Deze factoren vat ik samen onder de *tweede (extra-)handicap*. Het gevolg van deze dubbele handicap kan zijn dat ex-psychiatrische patiënten de mogelijkheid niet krijgen om het vol te houden en terugverlangen naar de positieve veiligheid van het APZ. Het APZ treft dan niet steeds het verwijt van 'hospitaliseren'; veeleer wordt er vanuit de samenleving 'gehospitaliseerd'.

Ten aanzien van de heropnamekansen de predictie daarvan is reeds eerder onderzoek verricht. (Rosenblatt e.a., 1974) Onderzoek van Angrist e.a. (Angrist e.a., 1968) en van Freeman en Simmons (1963) leverde als resultaat dat de symptomatologie van de patiënt sterk samenhangt met de heropname. Daar staat tegenover dat zowel Marks e.a. (1963) als Odegard (1961) en ook Gurel en Lorin (1972) nauwelijks enige relatie vonden tussen symptomatologie en heropname. Rosenblatt en Mayer (1974) hebben een overzicht gegeven van een aantal verrichte studies. Heropnames worden daarin vaak gezien als 'failures'.

De verklaringen daarvoor op het niveau van de hulpverlening zouden gelegen zijn in:

* Giel en Ten Horn (1981) stellen dat volgens hun case-register in het circuit van volwassenen, met name mensen arm aan sociaal contact, de kans lopen in aanraking te komen met de psychiatrie.

- a. de intramurale zorg heeft niet voldoende positieve verandering bij de patiënt bewerk;
 - b. de 'nazorg' zou onvoldoende of inadequaat zijn.
- Daaraan zou ik willen toevoegen als veronderstellingen:
- c. het behandelingsklimaat binnen het psychiatrisch ziekenhuis zou niet gunstig zijn;
 - d. de sociale relaties van de patiënt laten zich niet inschakelen;
 - e. tussen patiënten en hulpverleners zijn teveel discrepanties in opvattingen inzake doel en methode van de behandeling. (v.d. Hout, 1978)

Men zou ook de verklaring kunnen zoeken op het niveau van de persoon, bij voorbeeld in:

- a. de persoonlijke kenmerken, als geslacht, leeftijd, burgerlijke staat, etc. (Serban e.a., 1974; Rushing e.a., 1979);
- b. persoonlijke kenmerken als sociale weerbaarheid en het beheersen van sociale vaardigheden (Goldstein, 1979; Stephens e.a., 1966);
- c. de algehele somatische gezondheidstoestand.

Op de derde plaats zou een verklaring kunnen worden gezocht op het niveau van de sociale omgeving, en sociale processen, bij voorbeeld in:

- a. het feit of de ex-patiënt tot een sociaal netwerk behoort;
- b. de bereidheid van de omgeving de ex-patiënt weer op te nemen;
- c. de etiketterende werking en het stigmatiserende effect, welke uitgaan van de sociale omgeving ten overstaan van ex-psychiatrische patiënten (Cumming e.a., 1957);
- d. de interventies vanuit de hulpverlening bij de leden van het sociale netwerk waartoe de (ex-)patiënt behoort;
- e. het klimaat van steun en geborgenheid dat de sociale omgeving kan bieden (Ranek e.a., 1975).

Uit deze lijst van mogelijke verklaringen moge blijken dat niet alleen het feitelijk gegeven van een heropname informatie verschaft over het 'succes' van een intramurale behandeling. Rosenblatt en Mayer (1974) signaleren ook dat het 'succes' gemeten zou kunnen worden aan:

- de gemiddelde duur van het intramurale verblijf;
- het verschil in pathologie of symptomatologie tussen opname- en ontslagmoment,
- de mate waarin ex-patiënten weer in het arbeidsproces worden opgenomen, etc.

Uit hun 'review' menen zij te moeten constateren dat echter slechts één variabele consistent heropname prediceert: het aantal heropnames. Volgens hen wordt de relatie tussen heropname en het aantal voorafgaande opnames niet teniet gedaan of verstoord door variabelen als leeftijd, geslacht, ethniciteit, sociale klasse of opvoeding, burgerlijke staat, diagnose of mate van stoornis. Ook Miller en Willer (1976) constateren dat recidivisme binnen 6 maanden, sterk samenhangt met het aantal voorafgaande opnames. Betekent dat nu: hoe meer iemand geregistreerd zou zijn, hoe groter de heropnamekans? Wat is dan een heropname eigenlijk? Mag ie-

mand eigenlijk wel opnieuw met de psychiatrie in aanraking komen, zonder daarmee meteen onder de 'failures' te worden gerangschikt? Moeten we daar niet wat genuanceerder over denken?

Als heropgenomen ex-psychiatrische patiënten, mislukkelingen ('failures') worden genoemd, wat zijn dan succesvolle patiënten? Als ik de grootste *mislukking* zou beschrijven als iemand die ondanks een maximum aan hulp steeds weer wordt heropgenomen en de meest *succesvolle* ex-patiënt als iemand die zonder enige hulp zich volledig op eigen kracht kan staande houden en optimaal functioneert, dan zijn er tussen deze twee uitersten een groot aantal gradaties van succesvol en onsuccesvol te klassificeren. Voor de samenleving is een heropname steeds het duidelijkste bewijs van een onsuccesvolle ex-patiënt. Toch zou men zich dienen af te vragen wat het materiële verschil is tussen degene die met voortdurende maximale hulp van anderen een heropname kan ontlopen en iemand die dat met een minimum aan hulp moet realiseren, daarin net niet slaagt en voor een korte duur eenmaal wordt heropgenomen. Voor de socioloog ligt het essentiële verschil in het gegeven dat door de heropname de samenleving niet meer de eerste opname als een 'vergissing' beschouwt, maar als het begin van een 'ongeneeslijkheid'.

Een variabele waar Rosenblatt en Mayer (1974) de aandacht op vestigen voor onderzoek in de toekomst, is het effect van het ziekenhuis zelf (ziekenhuis-gebonden-variabelen als grootte, afstand tussen ziekenhuis en de thuissituatie, het ziekenhuis-klimaat, ('permissive or restrictive'), de beleidsvoering).

De veronderstelling is dan, dat hoe gunstiger het verschil inzake aandacht, verzorging etcetera tussen psychiatrisch ziekenhuis en thuissituatie uitvalt ten gunste van het ziekenhuis, des te groter de tendens tot recidive. Volgens hen dient ook de invloed van stigmatisering op de heropname te worden onderzocht, maar dan niet als exclusieve oorzakelijke factor, maar als 'verhaaster' van de heropname.

Het geheel van deze theoretische reflexies inzake de heropname maakt min of meer duidelijk dat gehanteerde termen als patiënt, ex-patiënt, succes en falen geen nauw omschreven inhoud hebben: de grenzen tussen het patiënt-zijn en het ex-patiënt-zijn kunnen niet precies worden aangegeven. In onderzoek wordt meestal de operationele grens van het officiële administratieve ontslag gehanteerd, terwijl er theoretisch sprake is van een ontwikkelingsproces waarin termen als pre-patiënt, patiënt en ex-patiënt vooral een praktisch belang hebben. In ieder geval houdt het patiënt-zijn niet op bij het verlaten van het psychiatrisch ziekenhuis: de inhoud van het patiënt-zijn is ook buiten het ziekenhuis nog lang van kracht en het hangt van een groot aantal factoren af of deze inhoud verdwijnt of niet.

Een onderzoek naar de predictie van heropname zou zich minimaal moeten richten op:

- a. persoonlijke variabelen (draagkracht c.q. persoonlijk vermogen en zelfhulp);

- b. 'probleem'variabelen (de draaglast);
- c. ondersteuningsvariabelen (professionele intra- en extramurale hulpen non-professionele lekenhulp en mantelzorg) waar onder etikettering en stigmatisering;
- d. materiële en structurele variabelen waarbinnen cliënt, sociale omgeving en professionele hulpverlening met elkaar moeten interacteren en
- e. waarmee heropname zou moeten worden verklaard.

Mijn vertrekpunt hierbij is dat een dergelijke predictie is gebaseerd op de hypothese dat als je als psychiatrisch patiënt in het psychiatrisch circuit belandt, een aantal factoren accumuleren die als accumulatie een heropname veroorzaken en niet als afzonderlijke factoren.

Slotopmerkingen

– De theoretische uitgangspunten van dit artikel geven een bepaalde sociologische zienswijze weer ten aanzien van de situatie van de ex-psychiatrische patiënt. Dat betekent een beperkte aanpak. Naast een sociologische invalshoek verdient het onderzoeksonderwerp op zijn minst ook psychologische, psychiatrische en waarschijnlijk ook politieke, economische en organisatorische zienswijzen. Daarbij zouden wetenschappelijke, beleidsmatige en kundespecten elkaar kunnen aanvullen en onder kritiek stellen. Slechts op deze multi-disciplinaire wijze kan naar mijn mening inderdaad inzicht worden verkregen in de zeer gecompliceerde wijze waarop een groot aantal factoren inspelen op de toekomst van een ex-psychiatrische patiënt. Voorwaarde is dan wel dat onderzoeksinstrumenten, -methodieken en data-analyse van de diverse zienswijzen zeer conscientieus op elkaar afgestemd dienen te zijn.

Beschouwt men het proces van het ex-patiënt zijn of worden als onderzoeksobject, dan zal bovendien een eis zijn dat het onderzoek een longitudinaal karakter heeft met een gelijkblijvend onderzoekscohort.

– De uitvoering van het hierboven geschetste onderzoeksvoorstel kent een groot aantal problemen. Zonder volledigheid na te streven zijn deze grosso modo te verdelen in problemen van organisatorische, financiële en technisch-uitvoerende aard. Ze wordt ook gekarakteriseerd door een aantal problemen welke betrekking hebben op de acceptatie door de psychiatrie van de sociologie, dat wil zeggen het vertrouwen van de zijde van de medisch-psychiatrische discipline in de zinnigheid van een bijdrage vanuit de psychiatrische sociologie en het vermogen om kritische geluiden vanuit deze hoek (die zich dan vooral als 'sociology of psychiatry' en niet als 'sociology in psychiatry' zal moeten manifesteren) te accepteren.

Een acceptatie die zich zou kunnen manifesteren als de sociologie zich kon bezighouden met de problemen binnen de psychiatrie zoals deze door de psychiatrie zelf wordt gesignaleerd.*

– De interpretatie van onderzoeksgegevens welke bij de respon-

denten van verschillende psychiatrische ziekenhuizen worden verzameld, kent een aantal specifieke aspecten.

Zo is een aantal resultaten, gezien de soms snelle veranderingen die zich op organisatorisch, therapeutisch en begeleidingsniveau in sommige psychiatrische ziekenhuizen voltrekken, als ze niet op redelijk korte termijn worden gerapporteerd, nog slechts van relatief belang.

Daarnaast dient men te bedenken dat ieder psychiatrisch ziekenhuis op essentiële zaken anders is, dat ze een eigen kleur hebben. Een moeilijkheid die samenhangt met het verzamelen van gegevens bij zowel psychiatrische patiënten als bij hun hulpverleners, is gelegen in het feit dat deze gegevens een grote mate van discrepantie vertonen (afgezien nog van het feit dat 'insiders' betwijfelen of ontslag- en ex-patiënten wel gegevens kunnen verstrekken met een zeker realiteitsniveau).

De verleiding is groot dan een vorm van verslaglegging te kiezen die ervan uitgaat dat ofwel de ex-patiënt ofwel de hulpverlener 'gelijk' heeft, terwijl daarbij het belangrijkste gegeven: het bestaan van de discrepantie zelf, op de achtergrond raakt.

Samenvatting

In het bestek van dit artikel is gepoogd een relatie te leggen tussen opname, ontslag en heropname in een psychiatrisch ziekenhuis vanuit een sociologisch gezichtspunt.

De aanleiding was de beschrijving van Jenner en Frets over de tragiek die met een opname in het psychiatrisch ziekenhuis gepaard gaat. Mijn veronderstelling was dat deze tragiek niet alleen niet verdwijnt bij het ontslag uit het psychiatrisch ziekenhuis maar zelfs nieuwe aspecten kan krijgen waarop de psychiatrische behandeling niet of onvoldoende kan inspelen.

Een accumulatie van een aantal problemen, gepaard gaande met niet voldoende of inadequaat gerichte vervolgbehandeling van verschillende intensiteit en met weinig sociale ondersteuning vanuit het persoonlijke netwerk van de ex-patiënt, kan naar mijn mening leiden tot heropnames in het psychiatrisch ziekenhuis. Summier werd bovendien een sociologisch onderzoek naar de situatie van de ex-psychiatrische patiënt geïntroduceerd waarbij zowel ex-patiënten als hun professionele hulpverleners driemaal werden geïnterviewd.

* Acceptatieproblemen zullen naar mijn mening zeker ontstaan, als sociologen voorbijgaand aan de verworvenheden van de psychiatrie, proberen van de grond af opnieuw te beginnen. Ze moeten weliswaar een nieuwe start maken, maar dat betekent meer de gegeven situatie vanuit een nieuw gezichtspunt benaderen, dan met het kind het badwater weggooien, dat wil zeggen met het afwijzen van louter medische therapieën, ook meteen ontkennen dat er nog psychisch gestoorde mensen zijn.

Noten

1. Gegevens over de opnames zijn o.a. te vinden in de jaarverslagen van diverse psychiatrische ziekenhuizen en verder in: F. de Jonghe (1979), *Terug van weggevoert*, Boom, Meppel; M. Haveman (1980), 'De frequent opgenomen psychiatrisch patiënt', I + II, *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 80/22, 4: pp. 267 e.v.; W. J. Schudel (1976), *Opgenomen ... opgegeven?*, van Loghum Slaterus, Deventer.
2. Eerder onderzoek wijst in die richting, cfr. H. E. Freeman & O. Simmons (1963), *The mental patient comes home*, Wiley, N. Y.; J. K. Wing & G. W. Brown (1970), *Institutionalism and schizophrenia*, Cambridge University Press, Cambridge; G. Serban & Ch. Gidynski (1974), Significance of Social Demographic Data for Rehospitalization of Schizophrenic Patients, *Journal of Health & Social Behavior*, 74/15: pp. 117-126; J. Ranek & Cl. Smith, Social Factors in Posthospital adjustment: a test of Alternative Models, *Human Relations*, Vol. 28 (1): pp. 23-47.

Literatuur

- Albin, R. S. (1981) 'Normal' personality has multiple self-concepts' in: *Psychiatric News*, 81/16, 11.
- Angrist, S., e.a. (1968) 'Woman after Treatment', Appleton, N. Y. 1968.
- Boissevain, J., & J. Mitchell (1973) 'Networkanalysis, *Studies in Human Interaction*, Mouton, Den Haag.
- Brown, C. (1966) 'Schizophrenia and Social Care', Oxford University Press, London.
- Cooper, D. (1968) 'Psychiatric and anti-psychiatric', Tavistock Publ. NY.
- Cumming, E., & J. Cumming (1957) 'Closed Ranks', Harvard University Press, Cambridge, Mass.
- Fischer, C. (1977) 'Networks and Places', The Free Press, New York.
- Fromm, E. (1978) 'Marx, Freud en de vrijheid', Bijleveld, Utrecht, p. 55.
- Giel, R., en G. W. ten Horn (1981) 'De verhouding tussen hulpvraag en -aanbod: risicogroepen in de GGZ', in: *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 81/23, 9: pp. 504-521.
- Godfroy, A. M. (1979) 'Interorganisationele vraagstukken in de welzijnszorg', in: *Sociologische Gids*, 1979/1: pp. 30-47.
- Goffman, E. (1961) 'Asylums', Penguin Books, NY.
- Goldstein, R. (1979) 'Maximizing treatment gains'.
- Gurel, L., & T. Lorin (1972). 'Hospital and community ratings of psychopathology as predictors of employment and readmission', in: *J. Consult. Clin. Psych.*, 1972/39, pp. 286-291.
- Hammel, J. (1973). 'Die Familie-Konstellation Schizophrener Patienten', in: *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, 1973: pp. 439-448.
- Hatfield, A. B. (1978). 'Psychological Costs of Schizophrenia to the family' in: *Social Work*, 78/5: pp. 355-359.
- Horst, R. (1979) 'Een mislukt overleg', *MGV*, 79/34: pp. 221-226.
- Hout, A. C. van den (1978) 'Psychiatrische patiënten en hun hulpverleners', in: *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 1978/4: pp. 230-241.
- Hout, A. C. van den (1979) 'Ex-psychiatrische patiënten: sociale problemen en hulpverlening' *Onderzoeksprotocol Sociologisch Instituut*, Katholieke Universiteit Nijmegen.
- Jenner, J. A., en F. Frets (1981) 'Opname in het psychiatrisch ziekenhuis en ambulante crisisinterventie' in: *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 81/10: pp. 577-590, 587.
- Knipscheer, C. P. M. (1982) 'Het primair sociaal netwerk van ouder wordende mensen; samenstelling, structuur en functies', Nijmegen, 1982.

- Laing, R. D., & A. E. Esterson (1964) '*Sanity, madness and the family*', Tavistock Publ. NY.
- Linn, I. (1968) 'The mental hospital from the patient perspective', in: *Psychiatry*, 1968/31: pp. 213-232.
- Marks, J., e.a. (1963) 'Predicting outcome in Schizophrenia', in: *Journal of Abnorm. Soc. Psych.*, 1963/66, pp. 117-127.
- Mayer, J., en A. Rosenblatt (1974) 'Clash in perspectieve between mental patients and staff', in: *American Journal of Orthopsychiatry*. 1974/44: pp. 432-441.
- Miller, G. H., & B. Willer (1976) 'Predictors of return to a psychiatric hospital', in: *Journal Cons. Clin. Psychology*, 1976/44: pp. 898-900.
- Mitchell, J. (1969) '*Social networks in Urban Situations*', Manchester.
- Nijhof, G. & Cl. Hosman (1980) 'Opvattingen van Nederlanders over ex-psychiatrische patiënten en over mensen die als psychisch gestoord worden geëtiketteerd' in: *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 80/22: 9: pp. 504-520 (met bibliografie).
- Nunnally, J. C. (1969) '*Popular conceptions of mental health*', Holt, Rinehart and Winston, New York, p. 46.
- Odegard, O. (1961) 'Patterns of discharge and readmission in Psychiatric Hospitals in Norway, 1926-1955', in: *Ment. Hyg.*, 1961/45, pp. 185-193.
- Paull, E. (1980) '*De glazen zee, voorgeschiedenis ter verdediging*', De Fontein, Baarn.
- Pilisuk, M. & C. Froland (1978) 'Kinship, Social Networks, Social support and Health' in: *Social Science and Medicine*, 1978/15A, pp. 337-342.
- Pols, J. (1980) 'Klinische psychiatrie in de tang. Over het dilemma van behandelen en asyleren' in: *Tijdschrift voor Psychiatrie* 80/22: 223-237.
- Ranek, J., & Cl. G. Smith (1975) 'Social Factors in Posthospital Adjustments' in: *Human Relations*, 1975/28, 1: pp. 23-47.
- Reinhardt-Schnadt, H. (1973) 'Einstellung der Bevölkerung zu psychische Kranken. Eine Übersicht über empirische Einstellungsuntersuchungen' in: *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie* 73/25: pp. 336-349.
- Rosenblatt, A., & J. E. Mayer (1974) 'The recidivism of Mental Patients: A Review of past studies', in: *Am. J. of Orthopsychiatry*, 1974/44,5 pp. 697-706.
- Rushing, W. A., & S. I. Ortega (1979) 'Sociometric Status and Mental Disorder: New Evidence and a Sociomedical Formulation', in: *American Journal of Sociology*, Volume 48/5: pp. 1175-1200.
- Scheff, Th. J. (1963) 'Social support for stereotypes of mental disorder' in: *Mental Hygiene*, 47: pp. 461-469.
- Shiloh, A. (1968) 'Sanctuary or prison: responses to life in a mental hospital', in: *Transaction*, 1968/6: pp. 28-35.
- Spitzer, S. P., & N. V. Denzin (eds.) (1968) '*The mental patient*', New York, pp. 335-337.
- Steadman, H. J. (1981) 'Critically 'Reassessing the Accuray of Public Perceptions of the Dangerousness of the Mentally Ill', in: *Journal of Health and Social Behavior*, 81/22: 310-316.
- Stephens, J. H., C. Astrup & J. Mangrum (1966) 'Prognostic factors in recovered and deteriorated schizophrenics' in: *Follow-up studies*, pp. 1116-1121 (april 1966).
- Szasz, Th. (1962) '*The myth of mental illness*', Secker and Warburg, London.
- Tudor, W., J. Tudor & W. Gove (1979) 'The effect of sex role differences on the social reaction to mental retardation', in: *Social Forces*, 1979/57, 3: pp. 871-886.

Met dank aan dr. M. Oosterlee, dr. F. Frets, dr. E. ter Heine en drs. W. Scheffer voor hun commentaar op een eerdere versie van dit artikel.