

De 'psychiatrische' problematiek; een gebrek aan alternatieven

door J. Beckers*

Wanneer men de populatie van de meeste psychiatrische inrichtingen bekijkt, kan men daarin globaal genomen twee groepen onderscheiden: een relatief kleine groep van mensen die er meestal nog niet lang zijn, en een relatief grote groep van mensen voor wie de inrichting reeds vele jaren hun woonplaats is geworden. Beide groepen worden meestal nogal verschillend benaderd: de opnamegroep heeft dikwijls kleine, moderne gebouwen en een relatief intense aanpak door relatief veel personeel. De verblijfsgroep daarentegen woont meestal in de oude achterbouw (dit verschil in behuizing is nochtans onlogisch), met weinig personeel, zodanig dat er meestal ook niet veel met hen gebeurt. In essentie hebben beide groepen echter hetzelfde probleem: een gebrek aan alternatieven. Zij staan met dit probleem overigens niet alleen: voor jeugdbenden uit achterbuurten en sociale woonwijken (en residentiële woonwijken), voor verslaafden en voor andere marginalen geldt hetzelfde. Al deze mensen zijn beland in een situatie waarin ze geen mogelijkheden kennen om met deze situatie om te gaan of ze te veranderen, op enkele schijn-alternatieven na. Het zal in dit artikel verder gaan over de problematiek van de 'psychiatrische patiënt': analogieën met andere groepen zijn gemakkelijk te trekken.

Het ontstaan van gedrag in het algemeen

(ter oriëntatie zie literatuur 1, 6 & 7)

Het leven, en de ervaringen, van mensen wordt, in verschillende opzichten, bepaald door hun voortdurende interactie met hun omgeving. Enerzijds is het zo dat eenzelfde omgeving voor verschillende mensen een verschillende situatie vormt: dezelfde omgeving heeft voor mijn buurman een andere betekenis dan voor mij. Anderzijds gaan mensen, in de situaties waarin ze leven, voortdurend allerlei dingen doen om deze situaties te veranderen. Wat men doet heeft immers gevolgen voor de situatie waarin

*Als experimenteel psycholoog verbonden aan het Universitair psychiatrisch centrum St. Kamillus te Bierbeek.

men verkeert: als deze gevolgen positief zijn, zal men in de toekomst in eenzelfde situatie eenzelfde gedrag stellen; als de gevolgen negatief zijn, of vrijwel nihil, zal men alternatieve gedragingen proberen (deze keuze hoeft niet noodzakelijk 'bewust' te gebeuren). Pas als deze alternatieven keer op keer zonder resultaat blijven, zal men niets meer doen. (Als dit niets meer doen zeer uitgebreide vorm aanneemt spreekt men van apathie.) Op deze manier leren mensen op verschillende manieren omgaan met de verschillende situaties waarin ze kunnen verkeren, terwijl omgekeerd de situatie waarin mensen leven bepaalt hoe ze zich gaan gedragen.

In feite is de voorgaande analyse echter niet volledig. De situaties waarin mensen leven worden immers mede-bepaald door de mogelijkheden die ze kennen om die situaties te veranderen, door de mate van controle die ze over de situatie al of niet hebben, door de alternatieve gedragsmogelijkheden die ze ter beschikking hebben om met die situaties om te gaan. D.w.z.: de gedragsalternatieven die ik in een bepaalde omgeving of situatie ter beschikking heb om met die situatie om te gaan, om ze te veranderen, bepalen in zeer grote mate juist de betekenis van die situatie voor mij: als ik nooit heb leren lezen vormt het ontvangen van een brief voor mij een totaal andere situatie dan wanneer ik wel kan lezen. Mijn situatie bevat dus verschillende componenten: de objectief aanwezige omgeving, mijn organische en fysische mogelijkheden, en mijn leergeschiedenis (d.w.z. alles wat ik weet of doe op basis van mijn ervaringen). Het is de interactie tussen deze componenten die bepaalt of mijn situatie al of niet leefbaar is: in ieder van deze componenten kan er een gebrek aan alternatieven ontstaan dat aanleiding kan geven tot een problematische interactie. Mijn gedragsmogelijkheden (d.i. vooral de laatste twee componenten) zijn een integrerend deel van mijn situatie. Anderzijds worden deze mogelijkheden mede-bepaald (en geleerd) door de objectieve omgeving waarin ik mij bevind.

De gedragsalternatieven

Mijn gedragsmogelijkheden kunnen verschillen volgens aantal en volgens kwaliteit: ik kan aan de ene kant veel of weinig gedragsmogelijkheden hebben in een situatie; aan de andere kant kan ik een grote of een kleine hoeveelheid van een gedrag moeten stellen om een effectieve controle over mijn situatie te bezitten, d.w.z. mijn gedrag kan minder of meer 'gewicht' hebben als component in mijn voortdurend veranderende situatie. Als mijn situatie zo is dat mijn gedrag meestal weinig gewicht heeft zijn er twee mogelijkheden: ofwel zal ik ophouden met nog veel gedrag te stellen omdat de moeite te groot is in verhouding tot het resultaat (d.i. apathie), ofwel zal ik enkele gedragingen (die, welke relatief nog het meest effect hebben) zeer veel gaan stellen (bijv. stereotiep of bizar gedrag). Het is overigens evident dat ondervinden of mijn gedrag in het algemeen veel of weinig gewicht heeft

een invloed heeft op het beeld dat ik van mijzelf heb. Naast het aantal alternatieven dat ik ter beschikking heb bepaalt dus ook het gewicht van deze gedragsalternatieven mee de mate van controle die ik heb over mijn totale situatie, m.a.w. de mate van vrijheid die ik in die situatie bezit.

Het probleem en de schijnproblemen

Wanneer iemand met een bepaalde situatie wordt geconfronteerd zal hij dus het gedrag stellen waarvan hij heeft geleerd dat dit het meest efficiënt is (het grootste gewicht heeft) om die situatie gunstig te beïnvloeden. Wanneer dit gedrag verhinderd wordt, negatieve gevolgen heeft, conflicten veroorzaakt, of niet efficiënt blijkt, dan zal hij een alternatief gedrag proberen. Dit zal zo verder gaan tot er een gedrag gesteld wordt dat relatief meest efficiënt de situatie gunstig beïnvloedt. Dat gedrag kan, bij gebrek aan alternatieven, er een zijn met zeer weinig efficiëntie, waarvan er dus zeer veel nodig is om zeer weinig te bereiken, met veel negatieve gevolgen, en waarvan het enige resultaat bijv. kan bestaan uit een tijdelijk, gedeeltelijk ontsnappen aan een nog onaangename situatie. Wanneer deze situatie zo blijft, met als enige gedragsmogelijkheid een weinig efficiënt (maar in de totale situatie zeer zinvol) alternatief, dan zal hij stilaan leren nog enkel dit gedrag te stellen, terwijl al het andere wegvalt: hij zal immers leren dat hij weinig of geen controle heeft over zijn situatie, behalve met een grote hoeveelheid van dat weinige gedrag dat nog overblijft.

Als mensen dus in moeilijkheden geraten en zich ongewoon gaan gedragen, dan is dit omdat ze leven in onmogelijke situaties. Dit betekent ofwel dat de omgeving weinig alternatieven toelaat, ofwel dat de mensen die er in leven zelf niet voldoende alternatieven ter beschikking hebben: in ieder geval dat er een discrepantie is tussen de eisen van de omgeving en de mogelijkheden van de gene die erin leeft. Verschillende factoren, zowel in de omgeving als in het (fysisch-organische) individu of in zijn vroegere ervaringen kunnen een invloed hebben, niet omdat ze rechtstreeks het probleem vormen, maar wel door de alternatieven te beperken. Wanneer zieken (bijv. epileptici) of mentaal gehandicapten meer kans hebben om in moeilijkheden te geraten en in een inrichting te belanden, dan is dit niet wegens hun ziekte of hun mentale handicap, maar wegens de beperkingen die deze factoren meebrengen voor het aantal gedragsmogelijkheden die deze mensen in hun situaties hebben. Naargelang de alternatieven in de omgeving en/of in de gedragsmogelijkheden van mensen verminderen, hebben ze meer kans om in moeilijkheden te geraten, meer kans om in een straf- of psychiatrische inrichting te belanden, meer kans om er na ontslag terug te keren — mede omdat een opname in een inrichting meestal op zichzelf al een drastische inperking van de alternatieven betekent, al was het maar wegens de maatschappelijke intolerantie —, meer kans om er te blijven. Dit be-

te kent onder meer dat de problematiek van wat nu psychiatrie heet voor een belangrijk deel een sociaal-maatschappelijke problematiek is. Dit betekent ook dat het verkeerd is deze problematiek te bepalen als in de eerste plaats medisch. Dat is zelfs gevaarlijk, o.m. omdat het de aandacht afleidt van de echte problemen, en dikwijls een excuus vormt om werkeloos toe te kijken.

De probleemsituaties waarin mensen kunnen verkeren kunnen gaan van een welomlijnd, beperkt probleem (bijv. pleinvrees) tot een totale levenssituatie waarvoor geen juiste oplossing meer bestaat. Ook hier geldt dat naargelang mensen minder alternatieve situaties hebben waarin ze adequaat kunnen functioneren, ze meer kans hebben om in een inrichting te belanden resp. te blijven: wanneer een student mislukt in zijn studies, maar op andere terreinen van zijn leven (relaties e.d.) goed functioneert, en wanneer hij voor zichzelf ook met andere toekomstmogelijkheden rekening heeft gehouden, dan komt hij waarschijnlijk niet eens in contact met professionele hulpverleners. Wanneer iemand na twintig jaar plots de enige persoon verliest waarmee hij een diepe relatie had, dan kan hij eventueel volstaan met een goede vriend. Als hij die niet heeft zal hij al in contact komen met een of andere professionele hulpverlener. Met wat geluk helpt deze hem alternatieven te vinden om zijn levenssituatie aan te passen. Naargelang er minder alternatieven zijn, en er meer terreinen van iemands leven hopeloos worden (d.w.z. situaties waarvoor hij geen goed alternatief heeft), wordt de kans op opname in een inrichting groter: met wat geluk worden er in die inrichting, in samenwerking met begeleiders, alternatieven gezocht en gevonden voor het inadequate schijn-alternatief dat iemand bij gebrek aan beter geleerd heeft en dat hem in die inrichting heeft gebracht: hij kan dan terug weg. De kans dat in de inrichting meer aandacht wordt besteed aan het wegwerken of verhinderen (bijv. door sederende medicatie) van het onaangepaste gedrag is al groter: met veel geluk vindt onze persoon (die intussen plots een zieke blijkt te zijn geworden) onder deze druk zelf een beter alternatief. De kans bestaat echter ook dat hij er geen vindt, en dat hij dus wanneer zijn situatie wederom onmogelijk wordt opnieuw zijn toevlucht moet nemen tot hetzelfde of een ander onaangepast gedrag: zijn situatie wordt dan niet beter maar slechter.

Twee voorbeelden

1 — R.K., 5e jaarsstudent geneeskunde, wordt tijdens de voorbereiding van een examen angstig en gaat het niet afleggen (wat hij thuis verzwijgt). Naar aanleiding van een vrij alledaagse feit barst in deze periode het latent conflict los tussen R.K. en zijn ouders. De stress van de examenperiode die kort daarop volgt brengt hem tot een eerste opname in een psychiatrische inrichting: hij werd neerslachtig, en soms opstandig-agressief t.o.v. zijn omgeving; dan tergede hij de mensen, en zette zich tegen hen af: hij trachtte uit de situatie te ontsnappen door zichzelf en zijn omge-

ving wijs te maken dat hij geniaal was. In de inrichting bleek hij plots ziek te zijn: een manisch-depressieve psychose; men sprak van oninvoelbare geluksgevoelens! Die diagnose veranderde later in een even mysterieuze ziekte: schizofrenie.

Na ongeveer zes maanden besloot hij dat zijn situatie in deze inrichting niet verbeterde: hij vertrok tegen advies naar huis. Daar was de sfeer intussen zeer vijandig geworden, zowel t.o.v. hem als t.o.v. zijn verloofde, die volgens zijn ouders, samen met zijn ziekte, oorzaak was van alle problemen. Ook met deze verloofde zelf werd de relatie stilaan slechter, evenals met zijn enige vriend, die niet begreep hoe R., wiens goede intelligentie hij altijd had bewonderd, nu zo'n zotte praat kon vertellen. Via deze vriend kwam R., die intussen passief thuis zat (of lag), met mij in contact. Tijdens onze eerste gesprekken bracht hij als problemen: zijn vrees voor examens, en de slechte relaties thuis. Die vrees voor examens leek niet zo'n zwaar probleem te moeten opleveren: de vorige jaren had hij steeds uitstekende resultaten behaald. Er werd dan ook besloten dit alternatief te behouden, of beter: te herstellen. Hijzelf vond dit het belangrijkste. Hij vond het wel nodig gestimuleerd te worden om inderdaad de lessen te volgen: een tussenhuis van een — andere — inrichting leek een goede oplossing: er kon dan intussen iets gedaan worden aan zijn vrees om te mislukken, zijn relatieproblemen enz.

Na enkele dagen echter begon hij zich opnieuw bizar te gedragen, zodanig zelfs dat een opname in de 'moederinrichting' noodzakelijk werd. R. was hiermee direct akkoord, en kalmeerde zeer vlug, om wederom zijn passief-neerslachtige houding aan te nemen. Hij ging terug naar het 'tussenhuis', waar na enkele dagen de situatie zich herhaalde. Pas toen werd het mij duidelijk dat zijn verblijf in het 'tussenhuis' juist de oorzaak was van zijn bizar gedrag: door de objectieve omgeving te scheppen waarin hij zijn intellectuele mogelijkheden opnieuw kon bewijzen, werd hij immers direct geconfronteerd met de voor hem onmogelijke situatie, waarin van hem dingen werden verwacht die hij niet meer aankon. Het enige alternatief dat hem overbleef (en waartoe hij dus gedwongen werd), was zich bizar te gedragen, in een poging zichzelf en zijn omgeving te bewijzen dat hij een genie was, terwijl het tegelijk juist een middel was om te tonen dat hij de situatie niet aankon: wanneer men hem met zichzelf confronteerde zei hij dat hij wanhopig was. Geleidelijk werd het duidelijk dat deze uitzichtloze situatie zijn hele leven bestreek. Van kleins af aan was hij door zijn omgeving (vooral zijn ouders) gedwongen in de richting van intellectueel presteren (onze R. is toch 'ne slimme, dat wordt zeker 'nen dokter). Relaties met andere kinderen, en later met meisjes, werden praktisch onmogelijk gemaakt: R. moest studeren; andere jongens waren veel te wild. . . , later: met meisjes omgaan was gevaarlijk, seks taboe. . .

Reeds als kind werd hij door zijn moeder betrokken in conflicten met zijn vader. Vader die zelf overigens angstig en autoritair strak vasthield aan rigide regels: Relaties aangaan kon hij thuis

noch elders leren. (Zijn verloofde was het eerste meisje met wie hij een relatie had: ze zochten vooral steun bij elkaar.) Het enige waarvoor hij gewaardeerd werd (en dus zichzelf ging waarderen) was succes in zijn studies, zodat ook dit eigenlijk een bron van angst werd: het werd veeleer dat hij niet mocht mislukken. Wanneer dan duidelijk werd dat R. geen dokter zou worden, bleven er geen alternatieven over: hij werd, terecht, wanhopig. Wanneer hij de enige mogelijkheid koos die hij nog kende om aan zijn onmogelijke situatie min of meer te ontsnappen, besloot men daaruit plots dat hij psychotisch (d.i. 'ziek') was: hij kreeg dan veel sederende medicatie, zodat hij na enkele dagen wel kalm was*. Op die manier werd het alternatief dat hij nog had hem tijdelijk onmogelijk gemaakt. Er werd hem echter geen ander geboden: dat kon ook niet, want er was er geen zomaar voorhanden. Na een jaar vertrok hij: ook bij zijn tweede opname had hij niets geleerd.

2 — J. S. is een van de bewoners van een chronische afdeling van een psychiatrische inrichting. Het is een schuwe, teruggetrokken man; hij zegt niet veel, antwoordt meestal kort, of niet, als men hem iets vraagt. Hij is traag, weinig actief, doet altijd volgbaam wat hem bevolen wordt. Alleen aan tafel gaan, en gaan slapen zodra de deur van de slaapzaal open gaat, doet hij spontaan. Aan tafel schrokt hij haastig zoveel mogelijk eten binnen. Ook op andere gebieden van zelfredzaamheid en zelfverzorging functioneert hij op een laag niveau. Hij wast zich en gaat in bad wanneer hij moet (of als de verpleger hem wast). Overdag gaat hij werken: een saai, monotoon werk, waarvoor hij een minimale beloning ontvangt. Hij heeft overigens niet veel nodig: interessen en wensen heeft hij niet meer, en in de weinige behoeften die hij nog heeft wordt toch wel voorzien: dat hangt niet van hem af, maar van bijv. de mate waarin hij ziek of gezond wordt geacht door de verpleger of de dokter, of door andere omstandigheden waar hij al evenmin zicht op heeft. Soms trekt hij wel eens de

* Ik betwijfel niet dat medicatie nuttig kan zijn, ook voor mensen die niet ziek zijn: ze kan een hulpmiddel zijn om de mogelijkheden tot het vinden van nieuwe alternatieven te vergroten. Als iemand, vanwege de situatie waarin hij leeft, overgeactiveerd wordt (zgn. stress), dan vormt deze overactivatie een bijkomende vermindering van zijn mogelijkheden: het kan dan nuttig zijn dit bijproduct van zijn probleem medicamenteus te behandelen. De fout ontstaat pas, wanneer men denkt dat men op deze manier iets aan het probleem heeft gedaan, wanneer men vergeet het ware probleem aan te pakken, d.w.z. de scheefgelopen interactie tussen het individu en zijn omgeving, wanneer men m.a.w. vergeet alternatieven te creëren. Sederende medicatie wordt in te hoge doses overigens geen hulpmiddel meer, maar een chemische dwangbuis, die het vinden van alternatieven juist nog bemoeilijkt. Men kan zich verder afvragen of het ethisch verantwoord is, evtl. door medicatie, mensen een (zelfs onaangepast) alternatief af te nemen, wanneer men ze niets beters te bieden heeft: het allerlaatste alternatief kon wel eens zelfmoord zijn.

aandacht van nieuwe personeelsleden door zijn bizar gedrag. Dit is meestal niet storend voor zijn omgeving, en er volgen dan ook geen medicatiewijzigingen of sancties. Een nieuwe verpleger (dokter, psycholoog) probeert wel eens een gesprek met hem te beginnen, maar dat duurt meestal niet lang: hij antwoordt toch nooit. In zijn dossier zit niet veel meer dan de gegevens van de eerste opnamedag (nu reeds 30 jaar geleden) en enkele bemerkingen die er in de loop der jaren zijn bijgekomen. Ook wel enkele gegevens over medische onderzoeken, en over nog levende familieleden die eens per jaar op bezoek komen. De diagnose, door opeenvolgende mensen gesteld, gaan van oligofrenie tot chronische schizofrenie.

De situatie bij opname zou kunnen geweest zijn: J. is een laagbegeefde jongeman die, sinds de dood van zijn vader, alleen heeft gewoond met zijn moeder. Sinds deze stierf leefde hij alleen. Hij ging zelden op bezoek bij zijn zuster, waar hij dan wel een warme maaltijd kon krijgen. Hij werd beschouwd als een zonderling. Na enige tijd begon hij vreemd te doen; eens heeft hij iemand aangevallen die te dicht bij zijn huis kwam. In het kollokatiebevel stond gevaarlijk, onzedelijk, geestesziek (meer niet). In het opnameverslag: paranoïde schizofrenie. In het begin verzette hij zich tegen zijn opname. Later werd hij kalmer, hoewel hij nog periodes had dat hij geagiteerd was, en soms agressief, wanneer hij zich, terecht, vervolgd en gemanipuleerd voelde. Dan werd hij geïsoleerd, of geslagen. Later kreeg hij dan sederende medicatie. De laatste tien jaar is dat niet meer gebeurd . . .

Op zijn afdeling zitten er zo'n 50 à 100 mensen. Hun situatie bij opname was nogal verschillend, hoewel steeds onmogelijk. De diagnoses van hun 'ziektebeeld' bij opname beperkten zich tot enkele mogelijkheden (ze 'leden aan' schizofrenie of oligofrenie). Hun verdere geschiedenis in de inrichting is globaal dezelfde, hun huidige situatie en het beeld dat ze tonen eveneens. Ze heten niet meer Karel, of Jan of Lowie, maar 'de zieken'. De meeste van deze mensen komen uit milieus waarin de mogelijkheden beperkt waren en de tolerantie t.o.v. afwijking van de norm niet zo groot, noch voor hun sociale omgeving, noch voor hun materiële mogelijkheden. Opname in een van de gemeenschap gescheiden asiel was het enige alternatief. Met het weinige actieve, effectieve gedrag dat ze nog stelden hadden ze weinig of geen controle over hun nieuwe situatie. Dat hebben ze dan ook verleerd. Momenteel is J. 60 jaar. Een beroep kent hij niet. Voor de wereld buiten de inrichting heeft hij schrik: die kent hij ook niet meer. Als er niets verandert zal J., zoals zovele anderen, in de inrichting sterven (zie o.m. het 'Bavo-rapport') (5).

Is J. ziek, of was hij het vroeger: waarschijnlijk niet. De vraag is overigens niet zo belangrijk meer: zelfs al was hij ziek, dan nog vormt dit slechts een van de factoren die zijn probleem hebben geschapen: een gebrek aan alternatieven. Een gebrek aan alternatieven op het gebied van materiële mogelijkheden, van gedragsmogelijkheden, van biologische mogelijkheden, van sociale

situaties, kortom van manieren om te leven volgens de eisen en de normen van zijn sociaal-maatschappelijke omgeving: misschien was de objectieve situatie te complex, te veeleisend, misschien waren de gedragsmogelijkheden die hij kende of aankon te beperkt: in ieder geval leefde hij in een onmogelijke situatie. Die gedragsmogelijkheden worden geleerd (of afgeleerd) op grond van de ervaringen die mensen opdoen in de situaties waarin ze leven. Een inrichting vormt meestal een omgeving waarin de meeste gedragsalternatieven worden afgeleerd. Anderzijds vormt de inrichting een situatie waarvoor er momenteel weinig of geen alternatieven bestaan, zeker niet als het gaat om langdurig gehospitaliseerde, oudere bewoners.

Wat staat er ons dan te doen?

In haar algemeenheid geformuleerd is de oplossing zeer eenvoudig. Wij moeten ophouden met mensen die niet, of niet in de eerste plaats, ziek zijn te verzorgen en te proberen ze te genezen. We moeten ophouden met het probleem te verplaatsen van de zichtbare, analyseerbare situatie, naar een verklaring op grond van een onderliggend, onzichtbaar, onaangetoond (en wegens zijn ongrijpbaarheid ook niet-verwerpbaar) proces: de 'ziekte' of het 'karakter' (vroeger 'de duivel' of 'het kwaad', men leze er Szasz eens op na). We moeten beginnen het probleem te analyseren waar het ligt, en we moeten voor deze mensen alternatieven scheppen, op twee manieren. Ten eerste moeten we hen alternatieve gedragsmogelijkheden tonen, en actief leren (of opnieuw leren) om te kunnen leven in alternatieve, betere situaties. Ten tweede moeten we situaties kreëren of herstellen (of de mensen helpen dit zelf te doen) waarin mensen kunnen leven met de alternatieven die ze ter beschikking hebben, en waarin ze andere nieuwe en betere alternatieve gedragsvormen kunnen leren. Het ene kan natuurlijk niet zonder het andere. Een goede token-economy (zie De Ruiter (8)) kan m.i. deze mogelijkheden bieden.

Veranderingen in opvangmogelijkheden

Dit betekent dat de huidige psychiatrische voorzieningen een andere, meer beperkte functie moeten krijgen en dat er meer diversiteit moet komen in psycho-sociale voorzieningen voor mensen met andere dan psycho-organische problemen. Deze hulpverlening moet kunnen verschillen naargelang het overwicht van bepaalde factoren in het ontstaan van deze problemen.

Er zal dus behoefte blijven bestaan aan een medisch-psychiatrische opvang voor psycho-organisch zieken, die door hun ziekte een dramatische reductie van hun gedragsalternatieven meemaken. Ook t.a.v. deze mensen zal men nochtans moeten zorgen voor het scheppen van een milieu waarin ze kunnen leren zo optimaal mogelijk te functioneren en zoveel mogelijk gedragsalternatieven te behouden of bij te leren, ondanks hun beperktere mogelijkheden.

Deze psycho-organisch zieken vormen slechts een klein deel van de mensen die nu in de psychiatrie belanden. Voor andere mensen die in onmogelijke situaties leven, bijv. omwille van andere handicaps, of omwille van hun leergeschiedenis of hun sociaal milieu is het funest wanneer ze verder beschouwd worden als zieken die een psychiatrische (= medische) behandeling nodig hebben. Wanneer men iemand als een zieke beschouwt of behandelt betekent dat immers dat men hem beschouwt als een afhankelijk individu dat niet voor zichzelf verantwoordelijk is, d.w.z. dat hij door dit als zieke behandeld worden voor een groot deel de controle verliest die hij zelf (met zijn eigen gedrag) nog over zijn situatie had, wat zal leiden tot het afleren van dit gedrag, d.w.z. tot een verdere beperking van de alternatieven. Door deze mensen ziek te noemen verplaatst men bovendien het probleem: men legt het in het individu zelf, terwijl het ligt in zijn situatie en zijn gedragmogelijkheden in die situatie, d.w.z. in zijn relaties met zijn omgeving. Gedrag zelf *is* een relatie tussen het individu en zijn omgeving: zelfs als het probleem meer naar het individu verschoven is i.p.v. naar de omgeving, dan nog is het een probleem van het individu voor zover dit individu betrokken is op de situatie (*zijn* situatie).

Dit betekent concreet dat men t.a.v. deze mensen zal moeten ophouden met het zoeken naar diagnoses en met het louter descriptief beschrijven van zgn. ziektebeelden. In plaats daarvan zal men voor ieder individu moeten nagaan hoe zijn probleem er uitziet, hoe het functioneel aan elkaar hangt, in hoeverre en waarom de gedragmogelijkheden niet overeenkomen met de eisen van de omgeving. Men zal moeten nagaan in hoeverre er primair iets aan de gedragsalternatieven moet gedaan worden, of eerder aan de objectieve situatie, m.a.w. hoe men het individu opnieuw controle kan geven over zijn eigen gedrag en zijn eigen situatie, in welke situatie hij optimaal kan functioneren. En men zal de middelen moeten zoeken om deze alternatieve gedragmogelijkheden én deze alternatieve situaties te verwezenlijken, zodanig dat ze optimaal met elkaar in evenwicht zijn.

Mogelijkheden voor 'chronische patiënten'

Er zullen dus, volgens de aard en de ernst van problemen die mensen hebben, nieuwe opvang-mogelijkheden moeten komen. Dit is niet nieuw, en er wordt op het gebied van ontwikkeling van tussenvoorzieningen reeds volop geëxperimenteerd. Echter ook bij deze vernieuwingen wordt meestal de groep reeds lang durig gehospitaliseerde bewoners van psychiatrische inrichtingen. Het is een mooie slogan, te roepen dat deze inrichtingen dicht moeten omdat ze funest zijn. Het is dan wél spijtig te moeten constateren dat de mensen die dit zeggen daar dikwijls uit concluderen dat ze beter deze inrichtingen kunnen verlaten om ergens met iets nieuws te beginnen, maar dan weer voor de jonge, intelligente mens-met-interestante-problematiek. Men ver-

geet dan dat er nu eenmaal nog een aantal mensen reeds lang gehospitaliseerd zijn en blijven, die ook nu weer in de kou dreigen te blijven staan. Hier ligt nochtans het zwaarste probleem! Het ziet er overigens niet naar uit dat dit ooit helemaal zal verdwijnen: naargelang er meer tussenvoorzieningen komen, betekent dit immers dat mensen die uiteindelijk nog in inrichtingen belanden en daar blijven een selectie vormen van juist de meest hopeloze, de minst aantrekkelijke, zij voor wie zelfs de voorlaatste stap niet volstond als alternatief voor een langdurige opname. Een oplossing voor dit probleem vindt men niet door de inrichting te verlaten om zich te gaan bezig houden met interessanter werk waarmee meer eer te halen is. Als men hier werkelijk iets aan wil doen zal men bewust moeten kiezen om zich binnen de inrichtingen, te gaan bezig houden met het veranderen van het inrichtingsmilieu zelf, met met scheppen van alternatieven, ook voor deze vergeten groep: ook de lelijke, oudere, onintelligente, oninteressante mens voor wie er geen ander alternatief bestaat dan de inrichting heeft recht op een milieu dat zijn mogelijkheden optimaal ontwikkelt en dat het hem mogelijk maakt met zijn mogelijkheden zo onafhankelijk mogelijk te functioneren.

Wat moet er dan voor de bestaande populatie van langdurig gehospitaliseerden gebeuren?

In een eerste fase zullen deze mensen uit hun apathie moeten gehaald worden. Ze zullen opnieuw actiever, zelfstandiger, vrijer moeten worden. Dit zullen ze pas leren wanneer hun milieu zodanig wordt gestructureerd, dat ze wederom zelf verantwoordelijk worden voor wat er mét hen gebeurd. Ze moeten m.a.w. opnieuw zelf de controle krijgen over hun eigen situatie. Ze moeten opnieuw leren dat wat er met hen gebeurt een consequentie is van hun eigen gedrag en dat een aantal dingen niet meer voor hen gedaan worden, zomaar, terwijl zij passief toekijken en zich, afhankelijk, als zieken, laten verzorgen. Hun milieu moet hen dan ook de mogelijkheden bieden om zelf, actief, hun situatie te veranderen volgens hun eigen noden, met zelfstandig, doelgericht, 'normaal' gedrag — wat normaal is dient te worden uitgemaakt door iedereen die bij de werking met deze mensen betrokken is, d.w.z. zoveel mogelijk ook zichzelf —. Op die manier moeten ze gedragsalternatieven leren om opnieuw hun eigen leefsituatie in de inrichting zoveel mogelijk onder controle te krijgen. Naargelang ze dat kunnen moeten ze meer en meer zelf het bestuur van hun afdeling in handen kunnen nemen, waarbij de 'hulpverleners' geleidelijk aan i.p.v. bestuurders consulenten worden, die kunnen geraadpleegd worden bij het oplossen van problemen.

Dan zal er echter een nieuw probleem ontstaan: langdurig gehospitaliseerden zijn meestal oud, hebben geen beroep, zijn sociaal geïsoleerd. M.a.w.: zelfs als ze goed functioneren is er voor hen momenteel geen geschikte plaats buiten de inrichting, zeker niet bij individueel ontslag. Er zullen dus voorzieningen moeten ge-

schappen worden waarin ze als groep de eerste jaren kunnen leven. Deze voorzieningen zullen moeten gaan van kleine leefgemeenschappen, met een zo groot mogelijke onafhankelijkheid, in een beschermd milieu. (bijv. op het terrein van de inrichting) tot kleine, zelfstandige ondernemingen (wasserijen, reparatiewerkplaatsen voor fietsen enz.) in de maatschappij, met minimale begeleiding door professionelen (en evtl., als ze verlieslatend zijn, speciaal door de staat gesubsidieerd). Als groep: omdat ze dan, vooral in de eerste jaren na ontslag, steun vinden bij elkaar, daar waar ze bij individueel ontslag meestal vlug vereenzamen omdat ze sociaal geïsoleerd zijn. Fairweather heeft op dit gebied zeer interessant pionierswerk verricht (2, 3, 4); in België is Oikonde momenteel bezig met belangrijke initiatieven voor de sociale opvang van ex-chronische 'patiënten'.

Om echter werkelijk iets te bereiken met deze groep moet aan verschillende voorwaarden voldaan worden.

(1) Meer mensen in de professionele hulpverlening moeten zich gaan bezig houden met langdurig gehospitaliseerden (en er moet geld komen om dat mogelijk te maken). Zij zullen hiervoor bewust moeten kiezen, en dit niet doen bij gebrek aan ander werk (bijv. met jonge, interessante 'patiënten').

(2) Er moet, bij de hulpverleners en bij de gehospitaliseerden zelf, een mentaliteitsverandering bewerkt worden, zodat men overgaat van: 'het verzorgen en behandelen van de zieken', naar: het aanleren van alternatieven, het scheppen van mogelijkheden tot optimaal functioneren, het opnieuw mogelijk maken van een vrije zelfstandige keuze en controle over de eigen situatie.

(3) Ook op sociaal-maatschappelijk en politiek vlak moet er een mentaliteitsverandering komen, en een totaal nieuwe aanpak van het probleem. De gemeenschap moet haar plichten ten aanzien van haar minst bevoorrechte burgers ter harte nemen, en ophouden ze verder af te doen als (ongeneeslijk) zieken die maar beter in asielen worden ondergebracht en vergeten. Dit betekent dan onder meer dat het idee de psychiatrische inrichting te vervangen door het voorzien van een aantal 'psychiatrische bedden' in algemene ziekenhuizen, m.i. funest is, tenzij men psychiatrie als zodanig beperkt tot die tak van de geneeskunde die zich bezig houdt met psycho-organische problemen en dat men voor andere mensen-met-moeilijkheden andere psycho-sociale voorzieningen schept, die dan niets meer met psychiatrie te maken hebben (die evtl. wel naar een psychiatrische dienst kunnen verwijzen als er psycho-organische problemen vermoed worden). Dit lijkt mij de enige werkelijk realistische oplossing op langere termijn (en dus de enige echt progressieve), niet een oplossing die vandaag of morgen is verwezenlijkt; daarvoor zijn er te veel belangen mee gemoeid.

Literatuur

- 1 A. Bandura, *Principles of behavior modification*. New York, Holt, Rinehart & Winston, 1969.
- 2 G. Fairweather, *Social psychology in treating mental illness, an experimental approach*. N.Y., Wiley, 1964.
- 3 G. Fairweather, *Methods for experimental social innovation*. N.Y., Wiley, 1970.
- 4 G. Fairweather e.a., *Community life for the mentally ill: an alternative to institutional care*. Chicago, Aldine, 1969.
- 5 R. Hartlief e.a., *De chronische patient, 20 rapport van de visiecommissie*. Noordwijkerhout, psychiatrisch centrum St. Bavo, 1973.
- 6 F. Kanfer en J. Phillips, *Learning foundations of behavior therapy*. N.Y., Wiley, 1970.
- 7 G. Kimble, *Hilgard and Marquis' conditioning and learning*. N.Y., Appleton, Century, Crofts inc., 1961.
- 8 B. de Ruiter, *De token ecoomy, een motiverende omgeving*. Tijdschrift voor psychiatrie, nr. 17, 1975 (3).
- 9 J. Weijel, *De mensen hebben geen leven: een psycho-sociale studie*. Haarlem, De Erven F. Bohn, N.V., 1972.