

# 'De chronische patiënt': behandeling van een bejegening

door J. A. Schipper

## Algemene beschouwingen

Bij de aanvang van mijn betoog voel ik mij als de rabbi die zijn gehoor vraagt: 'Ik heb slecht nieuws en ik heb goed nieuws. Wat wilt U het eerst horen?'

Om met het slechte nieuws te beginnen: Denken of spreken over de chronische psychiatrische patiënt is een uitermate ambivalente bezigheid. Langdurig voortgezet afwijkend gedrag irriteert ons als medemens, levend in een maatschappij die elke afwijking van de norm tracht weg te nivelleren. Als de chronische deviant ook nog het etiket 'patiënt' verwerft, neemt ons onbehagen evenredig toe. Tenslotte krijgen wij behandelaars nog een extra frustratie te verwerken: We kunnen de patiënt niet genezen!

Hoe definiëren wij de chronische psychiatrische patiënt?:

*Een chronische psychiatrische patiënt is een mens, die zichzelf als een voortdurend probleem blijft aandienen of die door anderen als zodanig wordt ervaren.*

Met deze omschrijving komen we reeds snel in moeilijkheden. Hebben wij te ruim of te eng geformuleerd? Moet men voor de hanteling van dit begrip niet de eis stellen dat de chronische patiënt als zodanig ook wordt gehonoreerd door het ontvangen van een portie hulpverlening? Is de niet om hulp vragende, niet dwarsliggende medemens per definitie nooit een chronische patiënt? En hoe zit het met de chronische deviant die duizenden manuren aan begeleidingen en hulpverlening consumeert, maar toevallig niet 'patiënt' heet doch 'gedetineerde' of 'cliënt'? Met bovenstaande vraagtekens zullen we moeten leren leven. Of juist niet. We moeten misschien juist t.a.v. deze fundamentele vragen kritisch zijn en geen genoegen nemen met een te gemakkelijke definitie.

Menselijke interactie verloopt in onze tijden niet zonder problemen. Ons bestaan wordt, bij al haar streven naar harmonie en evenwicht, telkens geïrriteerd en zelfs bedreigd door intermenselijke

---

Schrijver is psychiater en algemeen-directeur van het Psychiatrisch Centrum 'Bloemendaal' te 's-Gravenhage. Het artikel is een samenvatting van een lezing op het voorjaarscongres 1977 van de Ned. Vereniging voor Psychiatrie.

relatiestoornissen. Deze relatiestoornissen zijn vrijwel allemaal van emotionele aard. Intellectuele misverstanden worden door ons meestal wel geaccepteerd, de fricties ontstaan wanneer wij op het vlak van emoties en gevoelens met elkaar zaken trachten te doen. Deze fricties treden zéér frequent op en werpen een schaduw op ons aller leven. Door de ongeduldigen onder ons worden ze niet geaccepteerd, de ouderen en vermoeden in ons midden vatten de problematiek samen onder het begrip: 'Het menselijk tekort'. Mijn leermeester, de neuroloog Verjaal, heeft ons, jonge psychiaters geleerd, dat veel van ons inadequate emotionele gedrag gerelateerd moet worden aan de onvoldoende integratie die bestaat tussen de zich pijlsnel ontwikkelende menselijke neo-cortex en het oude 'emotionele' cerebrum. Hij stelde dat emotioneel reageren op onze omgeving, b.v. met agressie of angst, op zich volstrekt fysiologisch is. Onze eigen neo-cortex weet echter nog geen raad met deze primitieve, schijnbaar irrationele, emotionele ontladingen. De verdere ontwikkeling van het menselijk cerebrum zou dan ook vooral in de temporaalkwab gezocht moeten worden, bij uitstek het gebied waar beide systemen, het oude en het nieuwe, zich aan elkaar moeten integreren. Deze gedachte, die van de breder wordende menselijke schedel, vindt haar tegenhanger in het maatschappelijk georiënteerde denken. De moderne Atlantische samenleving met haar technologische verstikking en haar kapitalistische perversies zou de individuele mens zó frustreren dat er wel problemen moeten ontstaan.

Niet de patiënt is ziek, maar de maatschappij.

Niet de patiënt is ziek, maar zij die hem hebben opgevoed.

Bij alle discussies over de oorzaken van ons psychisch dysfunctioneren heeft iedereen gelijk. Zelfs de neurologen. Immers ook zij zijn het, die stellen dat wij, met ons pogen de menselijke interactie uitsluitend via de ratio te willen regelen, tekort zullen schieten. Omdat onze neo-cortex nog onvoldoende geïnspireerd en gecompenseerd wordt door de oudere, vitale, emotionele hersendelen. De integratie van neo-cortex en allo-cortex is een evolutief proces, dat op zijn best te beïnvloeden is door ontwikkelingsverhaastende maatregelen. In ons taalgebruik wordt dit tegenwoordig vaak therapie genoemd, maar ik wil hier graag stellen dat beter het begrip educatie gebruikt zou kunnen worden. Hoe het ook zij, de definitie van een chronische patiënt is slechts een beperkte benadering van de werkelijkheid. Hoe beperkt wil ik illustreren met een andere definitie, die niet beter is:

*Iemand wiens emoties en wiens interactiepatroon door zijn omgeving veelal niet wordt geaccepteerd of die deze zelf niet accepteert, wordt als dit conflict lang duurt, vaak een chronische patiënt genoemd.*

### **Inventarisatie van chronische patiënten**

Welke soorten chroniciteit moeten we in de psychiatrie onderscheiden? De eerste invalshoek waaronder een indeling zou kunnen

plaatsvinden is de periodiciteit:

(1) *De continue chronische patiënt.* Hieronder valt die groep van medemenssen, die door hun defect of hun probleem voortdurend met de psychiatrie te maken hebben. Het zijn de bewoners van de chronische afdelingen van psychiatrische ziekenhuizen, van zwakzinnigeninstituten, van verpleeghuizen voor psychisch gehandicapten, etc.

(2) *De chronisch recidiverende patiënt.* In deze veel grotere groep bevinden zich zij, die gedurende een aantal jaren telkens psychiatrische behandeling willen of moeten krijgen, doch die zich in de tussenliggende perioden zonder deze hulp kunnen handhaven. Bij de meesten van hen is het defect minder gegeneraliseerd en beperkt het zich veelal tot emotioneel dysfunctioneren. Hier vindt men de neurotici terug, de alcoholisten en andere verslaafden, en allen die problemen hebben met het conflictloos bestaan in deze maatschappij.

Een tweede indeling van chroniciteit zou kunnen worden geformuleerd aan de hand van de symptomatiek:

(1) *De chronische patiënt waarbij het intellectueel dysfunctioneren invloed heeft op de wijze van omgaan met de maatschappij en met zichzelf.*

Hieronder vallen behalve de oligofrenen, de dementen en de lichamelijk beschadigden, ook zij die door bemoeienissen van de maatschappij niet de kans hebben gekregen zich met beperkte mogelijkheden optimaal te ontplooiën. Ouderlijke dictatuur, maatschappelijke onderdrukking en inrichtingshospitalisatie zijn aetiologische aspecten van dit laatste.

(2) *De chronische of chronisch recidiverende patiënt die vooral emotioneel dysfunctioneert t.o.v. de maatschappij en/of zichzelf.*

Deze groep, die overigens theoretisch vrijwel de gehele mensheid omvat, is veel moeilijker af te grenzen. Om te beginnen komt slechts een klein deel van hen in het psychiatrische kanaal terecht. Vroeger waren dit slechts diegenen die door de maatschappij werden verwezen naar de psychiater. Tegenwoordig, in een wereld van volwassen wordend consumentisme, zoekt een groot aantal van hen zélf naar psychiatrische behandeling. Maar ook andersoortige hulp wordt gezocht en gevonden. De meeste emotionele problematiek zoekt naar erkenning, naar materialisatie of naar genezing via een reeks andere 'agencies': De instanties op het terrein v/d sociale wetgeving, het onderwijs, de justitie, de kerken, de politiek en als psychiatrisch randgebied de vele groeibewegingen, die als veelkleurige paddestoelen 'gestalt' moeten geven aan onze 'encounter' met ons zelf en onze omgeving.

Een derde indeling van chroniciteit kan zich richten op het soort van contact dat ontstaat tussen de patiënt en zijn omgeving:

(1) de patiënt is chronisch omdat hij gedurende langere tijd de één of andere vorm van biologische c.q. medicamenteuze behandeling nodig heeft of nodig meent te hebben;

(2) de patiënt is chronisch omdat hij gedurende een reeks van jaren telkens of continue de een of andere vorm van psychotherapie

nodig heeft of nodig meent te hebben;

(3) de patiënt is chronisch omdat hij langdurig of telkens één of meer vormen van sociale psychiatrie of maatschappelijke zorg nodig heeft of nodig meent te hebben.

Vanuit de hulpverlener gezien is deze laatste indeling in het ideale geval kunstmatig en daarmee onjuist. Immers, een moderne psychiatrische behandeling van chronische of chronisch recidiverende problematiek zal multidisciplinair moeten zijn, en zal bij elke patiënt aandacht geven aan alle drie de therapeutische aspecten. Toch is deze indeling voor ons van belang als wij ons bezig houden met de omgrenzing van het begrip 'chronische patiënt'. Ik zal hier later op terugkomen.

## **Probleemstelling**

Dat het massale bestaan van chroniciteit in onze samenleving met grote zorg wordt gezien, vindt o.m. zijn bevestiging in de aandacht die dit onderwerp de laatste jaren krijgt.

Wat is er mis gegaan met ons beleid?:

Wij worden geconfronteerd met een materieel steeds overvloediger maatschappij en met een intellectueel steeds slimmere mensheid. Met onze nog steeds aanwezige 18e eeuwse positivistische instelling trachten wij met bovengenoemde wapens het maatschappelijk bestel te ordenen tot een ideale samenleving. Het in het begin van mijn betoog beschreven emotionele menselijk tekort is hierbij een ernstig verstorende factor. Onze lichamelijke tekortkomingen, onze somatische ziektebeelden, trachten wij via peperdure medische research en behandelingen te bestrijden. De geneeskunde kost ons reeds meer dan 9 % van ons nationale inkomen.

Ten aanzien van het psychische falen hebben wij tot nu toe dezelfde werkwijze willen volgen: Zij die chronisch voor anderen of voor zichzelf een probleem vormen dienen daarvoor behandeld te worden. Ook dit kost een snel groeiend deel van de nationale middelen. Langzamerhand blijkt nu dat deze behandelingsgedachte slechts weinig rendement oplevert en dat het totale probleem alleen maar groter wordt. Wat zijn hiervan de oorzaken?:

(1) Het eerste misverstand lijkt gezocht te moeten worden in de conceptie dat psychisch dysfunctioneren altijd berust op medische of maatschappelijke pathologie. Te weinig wordt rekening gehouden met de relatieve onvolwassenheid, de ontwikkelingsachterstand van het menselijk cerebrum en zijn integrerend functioneren. Rechtstreeks gerelateerd aan deze cerebrale onrijpheid, vooral in zijn gebrekkige integratie van ratio en emotie, is de onvolmaaktheid van ons maatschappelijk bestel. Een onrijp cerebrum moet anders benaderd worden dan een ziek cerebrum. Een onrijp, zich ontwikkelend cerebrum kan slechts in haar ontwikkeling worden versneld door te zorgen voor optimale omstandigheden. Wij dienen daartoe het medische begrip 'behandelen' zoveel mogelijk te vervangen door de begrippen 'opvoeding, training en begeleiding'. Daarnaast zouden we moeten streven naar een maatschappelijk bestel waar-

in opvoeding, training en begeleiding zo volledig mogelijk kunnen worden toegepast. Dat is een maatschappij waarin naast welstand en gezondheid meer ruimte wordt geschapen voor emotionele interactie en intermenselijke tolerantie.

(2) In aansluiting op bovenstaand betoog dient vastgesteld te worden dat de psychiatrische hulpverlener te veel energie heeft gestoken in het behandelen van de gehele psychische problematiek van de mensheid. Een voorbeeld van onze overtrokken behandelwoede is het in stand houden van dure chronische afdelingen in onze psychiatrische ziekenhuizen. Hier wordt tegenwoordig de chronische patiënt geplaagd met het twintigloops veldgeschut van verpleegkundigen, maatschappelijk werkenden, artsen, socio- en creatief therapeuten, werkmeesters, psychologen, groepstherapeuten, vormingswerkers en bewegingsdeskundigen. In zijn schaarse vrije tijd wordt deze patiënt andermaal overspoeld door een golf van ontspanning, geestelijke vorming, verveling en slaapmiddelen. Zou het voor alle partijen (en ook voor onze nationale economie), niet veel beter zijn als wij deze patiënt uit zijn kleurloze chronische paviljoen ontslaan en hem laten leven in een beschuttende woonsituatie, vergezeld van een beetje psychiatrische begeleiding en een beetje meer maatschappelijke steun? Een bestaan zoals de meeste van ons leiden. Een bestaan dat verschoven is van gezondheid naar welzijn.

Diegenen onder de psychisch dysfunctionerenden die wel een te behandelen psychisch ziektebeeld hebben zijn door ons tekort aan behandelingscapaciteit onvoldoende aan bod gekomen. Van hen zijn de meesten tot nu toe niet serieus genoeg, niet consequent genoeg behandeld. Er is onvoldoende aandacht geweest voor diepgaande research naar pathologische mechanismen bij hen die echt iets mankeren. Vele echt psychisch zieken zijn nog niet eens 'ontdekt'. Veel behandelingen zijn nog niet grondig uitgeprobeerd en geëvalueerd. De psychiatrische identiteit van wat wij de sociale psychiatrie noemen is nog onvoldoende afgegrensd van algemeen maatschappelijk werk, van welzijnszorg en van opbouwwerk.

Kortom, de psychiatrie zal een groot deel van de haar opgedrongen taken moeten afstoten. Maar tegelijkertijd zal zij zich, meer dan tot nu toe, moeten gaan richten op het behandelbare doch onvoldoende onderzochte psychische dysfunctioneren.

### **Behandeling van een bejegening**

Ik kom nu toe aan het thema van mijn betoog: 'De behandeling van een bejegening'. We hebben beschreven dat een groot deel van onze benadering en bejegening van de chronische psychiatrische patiënt steunt op positivistisch-rationalistische behandelingsconcepten.

Hoe kunnen we deze mentaliteit veranderen?:

De mensheid met haar ingebouwde emotionele tekortkomingen is een psycho-sociale entiteit in ontwikkeling. Wij moeten als maatschappij trachten deze ontwikkeling te vergemakkelijken en be-

vorderen. Emotionele opvoeding, zelfopvoeding en het aankweken van tolerantie t.a.v. afwijkend gedrag en interactie zijn hierbij middelen die we kunnen hanteren. In algemene zin is de psychiatrie hierin slechts een aangevende partij. Haar rol zal kunnen zijn die van consulent. Als consulent zal de psychiatrie allereerst kunnen participeren in 'basic research' van cerebrale functionele ontwikkeling.

Ook zal de psychiatrie een belangrijke diagnostische taak hebben, waar het gaat om het herkennen van behandelbaar psychisch dysfunctioneren.

In de derde plaats zal de psychiatrie deze echte pathologie nog serieuzer moeten gaan behandelen dan tot nu toe. Hiermede beweegt zij zich met volle borst in de klinische, psychotherapeutische en sociaal-psychiatrische model.

Vervolgens is het mede de psychiatrie die de maatschappij moet voorlichten hoe de zaken liggen. De psychiater zal de maatschappij op haar verantwoordelijkheid moeten wijzen t.a.v. het optimaliseren van de omstandigheden waarin de mens psychisch kan groeien. Zij zal tolerantie moeten bepleiten voor afwijkend gedrag en voor ongebruikelijke interacties. De negatieve interpretatie van menselijke interpretatie van menselijke interactionele misverstanden zal gerelativeerd moeten worden en verschoven naar een zo veel mogelijk waardenvrij accepteren van deze fenomenen als een aspect van het zijn.

Welke veranderingen kunnen we nu concreet aanbrengen in de bejegening van de chronische patiënt?:

(1) De chronische patiënt die medisch-psychiatrisch of psychotherapeutisch niet verder cureerbaar is, dient als menselijke entiteit niet langer 'patiënt' genoemd te worden. Er kan dan nog wel een behandelende deel-activiteit plaats blijven vinden, als mens dient de ex-patiënt weer geïntegreerd te worden in het maatschappelijk bestel, waar hij samen met de anderen opgevoed en getraind kan worden naar verdere psychische ontplooiing. Professor Leenen, voorzitter van de Vereniging voor Gezondheidsrecht heeft hier onlangs over gezegd dat het zowel voor de arts als voor de patiënt moeilijk is te erkennen dat de mogelijkheden van de geneeskunde op een gegeven ogenblik zijn uitgeput. Deze negatieve benadering is van belang, maar wordt overschaduwd door de grote voordelen die depatiëntisatie biedt. Overigens is het ook ons maatschappelijk systeem dat bevordert dat duizenden onbehandelbare medemensen in chronische afdelingen van psychiatrische ziekenhuizen en zwakzinnigeninstituten blijven wonen. Iedere ziekenhuis-econoom weet dat het huidige tariefstelsel de verleiding met zich mee brengt de chronische patiënt vast te houden als financiële compensatie van de 'dure' patiënt in de observatie-afdelingen. Bijna ieder ziekenhuisbestuur blijft, dankzij haar grote autonomie, met succes vasthouden aan de wens het eigen instituut zo groot mogelijk te houden, ter meerdere glorie van het instituut en haar oprichters. Een voorbeeld van zo gewenste depatiëntisatie is de man met een organische defecttoestand. Hij krijgt een depôt-neurolepticum,

waardoor hij niet meer psychotisch is. Hij heeft een aantal maatschappelijke vaardigheden behouden, maar functioneert nog traag en autistisch.

De arbeidstherapie en de sociotherapeutische vorming in de inrichting hebben voor een redelijke basis gezorgd. Verdere verbetering is niet te verwachten. Zo'n patiënt dient tenslotte uit het psychiatrische netwerk ontslagen te worden. Hij woont weer in de stad, bezoekt een sociale werkplaats en leidt overigens een wat teruggetrokken en bizar bestaan dat door zijn omgeving wordt geaccepteerd. Eens per 3 weken haalt hij zijn injectie en eens per maand heeft hij een gesprek met een sociaal verpleegkundige van de S.P.D. Hij beschouwt zichzelf niet meer als een chronische patiënt, en is dit ook niet meer. Zeker niet meer dan de hardwerkende zakenman die na zijn hartinfarct nog medicijnen slikt, zich laat controleren bij de bloedtransfusiedienst en twee weken extra vacantie per jaar neemt.

(2) De chronische patiënt die medisch-psychiatrisch of psychotherapeutisch wel cureerbaar zou zijn, maar wiens ziektebeeld moeilijk ligt, omdat hij zich telkens aan behandeling onttrekt, of omdat onze cultuur hem of haar niet als zieke erkent, dient met grotere intensiteit aangepakt te worden.

Tenzij de patiënt te lastig is, stelt de maatschappij zich nog veel te passief op tegenover deze oplosbare problematiek. Ook de psychiatrie neemt vanuit haar medische traditie veelal een te afwachtende houding aan. Mede door gebrek aan psychiatrische karaktervastheid en aan beroepsidentiteit, behandelen wij deze categorie patiënten te oppervlakkig, te symptomatisch en te vrijblijvend. In dit verband zou ik het begrip *patiëntisatie* willen hanteren, hier mede aangevende de mogelijkheid menselijk lijden, dat niet als ziekte wordt erkend, toch met succes te kunnen behandelen.

Een voorbeeld zou de 52-jarige vrouw kunnen zijn, die sinds 4 jaar huwelijksproblemen heeft. Haar menstruatie hield eveneens 4 jaar geleden op. Ze drinkt teveel sherry en maakt telkens moeilijkheden met haar omgeving. In deze jaren heeft zij enige malen contact gehad met een LM-bureau en een crisiscentrum. Als ze ontnuchterd is halen man en kinderen haar weer naar huis. Er is geen nazorg, omdat zij er tegenop ziet een consultatiebureau voor alcoholisme te bezoeken. De vrouw voelt zich ongelukkig en overbodig, maar is eigenlijk een chronische psychiatrische patiënt, wiens climacteriële depressie medicamenteus behandeld zou kunnen worden, die in een echtpaar-psychotherapie tot een herstel van de huwelijksrelatie zou kunnen komen en die met enige sociaal-psychiatrische begeleiding een meer zinvol maatschappelijk bestaan zou kunnen gaan vinden.

(3) Aansluitend op het vorige punt, de gewenste intensievere behandeling van cureerbare chronische patiënten, is het dringend noodzakelijk dat de middelen om deze psychiatrische taak uit te voeren worden verruimd.

De chronische patiënt wordt in onze cultuur nog steeds verdonkere-maand, met name in de psychiatrie. In de zwakzinnigenzorg zijn

het tenminste nog de met schuldgevoel belaste ouders die als pressure-group enig resultaat hebben geboekt.

In de psychiatrie is te veel positieve publiciteit momenteel gericht op de luxe-patiënt, de vastgelopen jonge Nederlander, die in een therapeutische gemeenschap de kans krijgt op adem te komen van het onrecht dat hem door deze wrede maatschappij is aangedaan. Met alle begrip en met alle liefde die ik voor deze aantrekkelijke en cureerbare groep cliënten voel, dient toch ook de behandelbare chronische patiënt de aandacht te krijgen van ons volk, van een regering en van een parlement, die pretenderen verstand te hebben van prioriteiten.

Als eerste prioriteit moet genoemd worden de mogelijkheden tot voorkomen van chroniciteit. Voorlichting over de mogelijkheden en de beperkingen van de psychiatrie, betere klinisch-psychiatrische faciliteiten, goed opgeleide hulpverleners en een volwassen sociaal-psychiatrische organisatie zijn enkele aspecten op het terrein van preventie. Is er eenmaal sprake van een behandelbaar doch chronisch ziektebeeld dan dienen ook daar de middelen verruimd te worden. Deze ruimte ontstaat gedeeltelijk als de psychiatrie de eerder genoemde schijn-chroniciteit opheft door het proces van dépatiëntisatie.

Voor een ander deel zal de verruiming van de middelen gevonden moeten worden in de erkenning van de premie betalende maatschappij dat de psychiatrie een volwaardige discipline is, evenwel geld kostend als de somatische specialismen en met in de toekomst wellicht een golf van nieuwe therapeutische uitdagingen.

Met een laatste opmerking wil ik besluiten:

Het verschijnsel van de chronische patiënt mag als een groot probleem ervaren worden; het is niettemin een product van ons eigen socio-culturele stelsel. Niet alleen Sartre kent ons verantwoordelijkheid toe, in dit opzicht.

Ook onze Europese Christelijke traditie en ons daarvan afgeleide sociaal-humanistisch denken dwingt ons tot het aanvaarden van verantwoordelijkheid.

Indien wij niet in staat zullen zijn dit probleem kwalitatief en quantitatief op te lossen, zullen we een sterke toeneming van de chronische patiënten moeten gaan accepteren. Als een psychiatrisch falen? Als een sociaal drama? Als een menselijk tekort?

Of, integendeel, en nu het goede nieuws van de rabbi: Als een grote uitdaging voor de rusteloze, onzekere, ambivalente en eeuwig jonge psychiatrie!

## Samenvatting

1 – De dysharmonie tussen ratio (neo-cortex) en emotie (allo-cortex) dient gezien te worden als een natuurlijke fase in het ontwikkelingsproces van het menselijk cerebrum. Slechts in een beperkt aantal gevallen berust deze dysharmonie op psychiatrische pathologie.

2 – Het dysfunctioneren van de maatschappij vloeit mede voort uit de onvoldoende integratie van de individuele neo- en allo-cortex. Hierdoor belemmert de maatschappij secundair de optimale ont-plooiing van het individu.

3 – De psychiatrie is via een historisch rationeel positivistisch mo-del ten onrechte belast met de behandeling van het gehele emotio-nele dysfunctioneren van de mensheid.

4 – De integratie van ratio en emotie dient vooral bevorderd te worden door opvoeding en training en door het creëren van een maatschappij die tolerant staat tegenover deviant gedrag en ongebruikelijke interacties.

5 – De psychiatrie dient zich meer dan tot nu toe te distantiëren van opvoeding en training, en zal al haar energie moeten richten op het voorkomen, aantonen en behandelen van psychiatrische patholo-gie. Zij zal tevens de maatschappij moeten informeren over de emo-tionele processen die bij mensen plaats vinden.

6 – De psychiatrie zal met kracht dépatiëntisatie van z.g.n. chro-nische patiënten helpen bevorderen. Met evenveel kracht zal zij hén patiëntiseren, die chronisch ongelukkig zijn en die een behan-delbare ziekte blijken te hebben.