

Psychiatrische kliniek en eerste lijnszorg

door G. J. Zwanikken

In de zorg die ons van de kant van de overheid wordt geboden zijn de termen eerste lijn-, tweede lijn-, derde lijn en echelonering opgedoken. Het gaat daarbij om een organisatievorm en een geleiding van de zorg met de mate van bereikbaarheid van meer gespecialiseerde, schaarsere en dus duurdere voorzieningen. Het is een stapsgewijze, hiërarchisch opgezette organisatie met een vrij dwingende volgorde van de stappen. De kliniek is de derde lijn, het psychiatrische ziekenhuis wellicht vierde-lijnsvoorziening met aan in- en uitgang aanschakeling aan tweede-lijnsvoorzieningen: een polikliniek, een Sociaal-Psychiatrische Dienst of een vergelijkbaar instituut. Echelon en kliniek verwijzen naar vormen van organisatie, eventueel een setting. Ook hier hebben wij als psychiatrische werkers leentje buur gespeeld, in dit geval bij leger en algemeen ziekenhuis. Een kliniek is een beddenhuis. Klinische psychiatrie is de psychiatrie in het beddenhuis. Wij dienen ons af te vragen of de organisatievorm, de wijze waarop wij psychiatrische hulp afleveren nog voldoende is aangepast aan de huidige opvattingen over psychiatrie, zowel wat betreft de psychiatrie zelf als wat betreft de context van de psychiatrische hulpverlening. Bij het organiseren van psychiatrische zorg lijkt mij de juiste volgorde van vragen:

- wat is onze filosofie over mensen, gedrag en gedragsafwijkingen? Wat is onze psychiatrische filosofie?
- wat zien wij als doelen van onze psychiatrische zorg?
- over welke mogelijkheden beschikken wij?
- hoe kiezen wij de beste organisatievorm?
- wat is klinische psychiatrie dan eigenlijk en voor welke opgaben staan wij als klinische psychiater?

Voor mijn gevoel is het steeds weer wenselijk te benadrukken dat menselijk gedrag, van welke categorie ook, tot stand komt door een samenspel van factoren die wij in drie grote groepen bijeen kunnen zetten:

- Ten eerste: de lichamelijke, constitutionele factoren; de wijze

waarop een mens geïncarneerd is, in zijn lijf zit, met zijn erfelijkheid, geslachtelijkheid, fase van lichamelijke ontwikkeling of teruggang, regelkringen en neurale organisatie. Het gaat om het zowel geprezen als verguisde medische model. Het is de oudste nog in gebruik zijnde pijler van ons psychiatrische denken, ten dele de meest concrete, het meest vertrouwd vanuit het natuurwetenschappelijke denken, de medische opvoeding en opleiding. Het model sluit ook redelijk goed aan bij de overige lichamelijke gezondheidszorg. Het is naar onze mening basaal en onmisbaar en representeert de meest eenvoudige opvatting over menselijke biologie. Het gaat in feite om een gereduceerd medisch model.

— Een volgende groep factoren stamt uit de individuele beleavingswereld. De mens is een wezen dat zin geeft en zin ontleent. Het betekent zijn omgeving en zichzelf. Het leeft meestal een beetje bewust, in het beste geval zó bewust dat het zich realiseert hoeveel onbewust er in hem huist. De mens, levend in het hier en nu, kent historie en ontwerpt toekomst. Dilemma's, polariteiten en grenssituaties zijn meestal te eniger tijd deel van zijn ervaring. Zo'n soort wezen is een mens dankzij zijn geweldig ontwikkelde groothersensstelsel; het is dus ook een aspect van de menselijke biologie.

— Nog een andere groep factoren hangt samen met het feit dat een mens als elk levend wezen context-afhankelijk is en als een in groepen levend, lang hulpeloos blijvend zoogdier in hoge mate afhankelijk is van zijn relationele context. Het is een kuddedier. Dit betreft zowel zijn kring van belangrijke anderen, mensen met wie hij dagelijks onder één dak intiem relateert als de overige relationele verbanden in welke hij is ingevoerd tot aan de brede socio-economische, socio-culturele en politieke contexten toe. Zo'n soort wezen is een mens ook; het is voor mij ook menselijke biologie.

Psychiatrie is dus altijd óók biologische psychiatrie; zo niet dan hebben wij te maken met een onvolwaardige en onvolledige psychiatrie. Klinische psychiatrie is dus óók biologische psychiatrie. Psychiatrie is ook altijd sociale psychiatrie en het is zonder deze evenmin een volledige psychiatrie. Klinische psychiatrie is dus óók sociale psychiatrie. Tussen klinische en sociale psychiatrie bestaan voor mij dan ook geen tegenstellingen, evenmin tussen ambulante geestelijke gezondheidszorg en biologische psychiatrie. Steeds gaat het bij het tot stand komen van het feitelijke gedrag om het samenspel van alle conditionerende factoren zij het in een misschien steeds wisselende constellatie en in een wisselende hiërarchie voor zover het gaat om het gewicht van de verschillende conditionerende factoren voor het richting geven aan ons ingrijpen of/en therapeutisch handelen.

Eén van de moeilijkste kanten van het vak bestaat naar mijn mening uit de kunst de aangeboden problematiek te kunnen bezien van de verschillende genoemde invalshoeken uit, die stuk voor stuk een geheel andere benadering vragen, een andere attitude. In zijn medische opleiding is de psychiater goed opgeleid in het

verzamelen van anamnestiche en onderzoeksgegevens die passen in een gereduceerd medische model. Het zich verdiepen in iemands belevingswereld met de liefdevolle zorg, de empathie en de congruentie die dat vraagt, is een heel andere opgave. De afstandelijke, zg. objectieve verzameling van gegevens tijdens observatie en behandeling wordt tot een participierend observeren. De persoonlijkheidskenmerken, de stijl en de relationele kwaliteiten van de arts/therapeut komen op de voorgrond.

De oriëntatie in iemands relationele context stelt weer heel andere eisen. Contact maken met en zich invoegen in een relationeel netwerk van mensen die zich jarenlang wederzijds hebben ingepast, achterhalen wat daarin dysfunctioneel is en verandering op gang brengen in de gewenst lijkende richting, doen een weer heel ander appèl op de mogelijkheden en vaardigheden van helpers.

Zowel het overschatten van één invalshoek, als het onderwaarderen daarvan, beroven de psychiater van zijn maximale nuttigheid.

Als het contact patiënt-behandelaar zich afspeelt in een residentiële setting, dan kunnen wij van klinische psychiatrie spreken. Dit vak houdt voor mij een breder program in dan de individuele dokter-patiëntrelatie binnen een residentiële setting en wel naar minstens twee kanten:

a) De klinische setting is tevens een relationele context. Wij dienen de setting te organiseren volgens de beginselen van een therapeutisch milieu. Wij bedoelen dan niet het soort therapeutische gemeenschappen die elitaire ondernemingen zijn met selectieve opname- en weigeringscriteria, doch het creëren van een therapeutisch milieu als aspecten van een algemene klinische filosofie. Naar onze mening kunnen de beginselen daarvan systematisch overal worden doorgevoerd. Dit heeft ook te maken met wat van heel andere kant wordt aangedragen als werkoverleg, inspraak en medezeggenschap, democratisering. De psychiatrie heeft ze bepaald niet uitgevonden.

b) Sociogenie en familiedenken dienen meer inbreng te hebben in onze praxis en systematisch te worden ingebouwd in ons psychiatrisch handelen. Ik kom dan nog eens terug op de derde groep gedragsbepalende factoren. Een gedragsstoornis, een psychiatrische ziekte, kan het enige, logische adaptieve antwoord zijn op een ontregeld, onlogisch gezinssysteem en verwijst dan naar een onverdragelijke gezinssituatie. Een psychiatrische ziekte is in deze visie niet iets individueels, niet iets dat zich binnen één mens afspeelt, intrapsychisch maar een gedragswijze ontstaan door, verzwakt of versterkt of gemodificeerd door tussenmenselijke invloeden, een functie van de wijze waarop mensen in een intieme relatie elkaar beïnvloeden. De patiënt wordt in deze wijze van kijken de symptoomdrager, degene die gezinsspathologie vertegenwoordigt en signaleert. Onderzoek en behandeling richten zich dan op het gezin of/en de familie als bio-sociale eenheid met het doel een nieuw evenwicht tot stand te brengen zodat alle ge-

zinsleden zich daarna beter voelen of beter kunnen functioneren. Indien het waar is dat de mensen met wie iemand intiem relateert belangrijk zijn voor het wederzijds opbouwen, afgrenzen en onderhouden van eigen identiteit, voor het verschaffen van wederzijdse bevrediging, maar in het afgrenzingsproces ook voor wederzijdse frustraties, dan dient de psychiater, ook de klinische psychiater, het systeemdenken serieus te nemen en de sociogenie en de gezinsbenadering tot een wezenlijk onderdeel te maken van zijn denken en praktijk.

Wat houdt dit in? Wat zijn de consequenties?

Voor ons werkveld, de klinische psychiatrie is de eerste consequentie dat wij met andere ogen gaan kijken naar onze eenheid van interventie. Gezinsproblematiek kan tot een klachtenpatroon leiden waarmee het gezin of leden van het gezin de moeilijkheid omschrijven als een probleem van het hele gezin, een relatieprobleem tussen enkele gezinsleden — meestal de echtelieden — of een van de ouders en een kind in een pathologische driehoek, of als een individueel probleem van een van de gezinsleden. De klinische psychiater krijgt meestal problematiek aangevend als die van een individueel gestoorde patiënt; één familielid is aangewezen als zieke, is in de patiëntenrol geplaatst en heeft zich daarin laten plaatsen. In de klinische traditie wordt deze omschrijving van de problematiek als die van de individuele patiënt zonder meer overgenomen. Daaruit is te verklaren dat het als een acceptabel gebruik kan worden gezien dat de als ziek aangemerkte per ambulance naar een psychiatrische afdeling wordt getransporteerd en daar wordt binnengebracht voor onderzoek en genezing. In feite is het aanwijzen van één mens als de zieke of gestoorde en het zoeken naar een oplossing door deze ene mens uit het relationele verband te verwijderen en voor onderzoek en behandeling te doen opnemen in een psychiatrisch instituut met probleem- en relatiedeskundigen, een geweldige ingreep. Als vaststaand gegeven wordt dan aangenomen dat de familieleden van een aangewezen patiënt het zonder meer bij het rechte eind hebben, dat sociogenie niet zo belangrijk is, dat een psychiatrische kliniek een voor de mens hygiënischer plaats is dan het huiselijk milieu en dat het een in zich meestal goede procedure is iemand als ziek individu uit zijn milieu te halen, te helpen verbeteren en in het milieu terug te plaatsen.

Ik betwijfel dat ten zeerste. Ik kies in ieder geval voor twijfel hieraan als werkhypothese. Voor mij dient in goed klinisch psychiatrisch werk, in onze psychiatrische praxis dus, de sociogene invalshoek voorop te gaan bij de verwijzings-, aanmeldings- en opnameprocedure om zo zeker mogelijk te zijn dat wij onze eenheid van interventie — een individueel gezinslid — een echtpaar — een gezin of een nog grotere relationele groep zó kiezen dat wij maximaal gebruik maken van de mogelijkheden tot verandering en de minste kans hebben op vermijdbare schade met name door het in de hand werken van uitstotingsprocessen. Direct contact tussen kliniek en primair leefmilieu is noodzakelijk. Klinische

werkers komen dan uit hun stafkaamers en achter hun bureaus vandaan om in de familiewoonkamer of met het gezin in de kliniek te komen tot een eerste probleemomschrijving en probleem-evaluatie. Kliniek en nulde of eerstelijns hebben bij deze manier van werken zeer veel met elkaar te maken. Het scheiden ervan zie ik op grond van de voorgaande redenering door mijn sociogene bril als kunstfout.

Was het dit alleen dan zou dit op zich dikwijls al een zware taak zijn. Er komt echter nog iets bij. Vóór de opname-aanvraag ons in de kliniek bereikt zijn er meestal anderen te hulp geroepen: de huisarts, de Sociaal-Psychiatrische Dienst, een vrij gevestigde zenuwarts of een bureau. Het hulpvragende systeem is dan niet de verwijzer, maar het gezin inclusief de hulpverlener. Wij stellen graag dat dit systeem bestaande uit relationele groep plus hulpverlener niet in staat blijkt of zich niet bij machte voelt de gezeten problemen op te lossen zonder hulp van buiten. Het is niet alleen een probleem van een patiënt of een gezin maar altijd ook een probleem van de hulpverlener die nu naar de kliniek toe hulpvrager wordt.

Wij kunnen stellen dat iemand hulp vraagt voor problemen of in situaties die voor de betrokkenen té moeilijk blijken of lijken. Van de beschikbare mogelijkheden, het probleemoplossend vermogen en de beschikbare probleemoplossende strategieën van een mens en van de mensen om hem heen hangt het af, of, wanneer, hoe vaak en hoe hij een beroep doet op anderen om hulp en op wie. Op analoge wijze geldt dit voor een gezin, een groep of een familie. Wie om hulp vraagt geeft daarmee te kennen het probleem niet aan te kunnen of in ieder geval zichzelf te omschrijven als onmachtig, klein en hulpbehoevend. In deze zin zal een aanvraag tot opneming dikwijls als een hulpverlenerscrisis omschreven kunnen worden. Niet elke verwijzer verwijst even vaak, elke verwijzer heeft zijn specifieke verwijzerskarakteristieken.

Wanneer de opneming in een psychiatrische kliniek een grote ingreep is die een zorgvuldige indicatiestelling vraagt – en wij stellen ons uitdrukkelijk op dat standpunt – dan zullen wij een dergelijke verwijzing dienen op te vatten als een crisis in het gezin met zijn hulpverleners. Het betekent dan een verzoek aan de kliniek om zijn mogelijkheden en deskundigheden ter beschikking te stellen om verder te helpen. Met Langsley en Kaplan (1968) zijn wij van mening dat gezinsinterventie dan waarschijnlijk nogal eens een opneming zal kunnen voorkomen.

Wanneer opneming toch nodig of onvermijdelijk blijkt, dan kiezen wij ervoor om met het gezin te werken vóór, tijdens en na de opneming. Wanneer het tot een opneming komt, achten wij het noodzakelijk dat wordt omschreven wat onze plannen zijn en welke doelen wij hebben met de opneming. Zodra deze doelen zijn gehaald, of de plannen gerealiseerd, menen wij dat zo snel mogelijk de behandeling ambulant dient te worden voortgezet. Wij zijn daarbij vooral attent op uitstotingsprocessen op micro-

en macroniveau. Op microniveau kan dit bijvoorbeeld betekenen dat iemand als patiënt wordt aangewezen en als zwart schaap wordt verwijderd uit zijn milieu met de boodschap dat hij kan terugkomen zodra hij zijn gedrag zodanig heeft veranderd dat dit weer het welgevalen kan genieten van de familie. Op macroniveau kan dit betekenen een isoleringsstrategie naar de kliniek of het psychiatrische ziekenhuis toe. Een dergelijke strategie kan worden gerealiseerd middels een soort RIAGG-opzet. Klinieken helpen aan deze isoleringsstrategie wanneer zij zichzelf laten beschrijven als een derde of vierde echelonsinstituut bestemd voor individuele patiënten die in voorgaande echelons niet konden worden geholpen.

Met dit systeemdenken zullen wij een aantal opname-aanvragen niet behoeven te honoreren door interventie in het gezin. Hospitalisatie zal dan soms onnodig blijken.

Polak en Maxwell Jones (1973) omschrijven op een mij erg aansprekende manier de functies van de psychiatrische kliniek wanneer het gaat om plannen en doelen:

1. acute crisisopvang voor een onmiddellijke evaluatie met bescherming van de patiënt zelf en anderen en crisisbehandeling;
2. acute, korte behandeling van acuut optredende episodische ziekten;
3. gecombineerde socio-psycho-somato-evaluatie en behandelingsfaciliteiten voor complexe en gecombineerde syndromen;
4. geleidelijke socialisatie in het kader van sociale rehabilitatie;
5. intensieve behandeling van langere duur voor ernstige karakterologische en persoonlijkheidsveranderingen;
6. continue zorg binnen een beschutte nis om te wonen en te leven voor hen die zich elders niet of onvoldoende in onze maatschappelijke biotoop kunnen handhaven;
7. continue zorg en bescherming voor hen die in de open maatschappij ernstig gevaar opleveren.

Bij elk van de boven opgesomde zeven functies is het noodzakelijk om de doelen te formuleren, de structuur van het klinische milieu, de te volgen methoden en methodieken, de organisatie, de bestaffing, de ruimtelijke accommodatie, de uitrusting en het doordenken van sterkten, zwakten en kwetsbaarheden. Is het derhalve niet noodzakelijk dat wij snel en systematisch het familiedenken doorvoeren binnen onze klinieken om ernst te maken met de sociogenie?

Vermijd het liever, zegt Jay Haley (1975), want je krijgt grote problemen. Misschien zij hier tot uw geruststelling vermeld dat de publikatie in welke hij zijn ironische gedachtengang ontvouwd werd afgewezen door vijf grote Amerikaanse tijdschriften. Het familiedenken, zo schrijft hij, voert tot een andere theorie over de aetiologie van psychiatrische stoornissen, het leidt tot een andere diagnostiek die onze gebruikelijke op individuele leest geschoeide nosologische systemen grotendeels onbruikbaar maakt, het vraagt andere deskundigheden en vaardigheden van de werkers, het zet de hiërarchie gemakkelijk op haar kop en het vraagt

om een radicale bezinning op ons hele zorgsysteem. Het is rustiger om alles maar te laten zoals het is. In plaats namelijk van de gebruikelijke klinische diagnostiek is het noodzakelijk om probleem-gericht te gaan werken, gebruikmakend van de crisissituatie en het gezamenlijk bedenken van strategieën voor de behandeling. Dit vraagt om een ander soort verslaglegging, de probleem-georiënteerde verslaglegging. Het wordt noodzakelijk om één filosofie binnen de kliniek te hebben en deze in interne overlegkaders bespreekbaar te maken en bespreekbaar te houden. Deze veranderingen kunnen een bedreiging opleveren voor de psychiater. Zijn plaats verschuift binnen het team en het kan zijn dat hij zich minder belangrijk, minder alwetend en almachtig gaat voelen.

Ook Haley realiseerde zich heel goed dat elke kliniek natuurlijk modern, flexibel en eklektisch moet lijken. De kunst is alleen maar hoe je dat aannemelijk maakt. Dat kan ook door het gezinsdenken onschadelijk te maken. Hij gaf als mogelijke strategieën om dat te bereiken aan:

- stel de organisatie uit tot de stafleden hun interesse hebben verloren; dit kan het beste door stap voor stap weerstand op te bouwen en uitstellende tactieken te ontplooiën;
- maak een aparte sectie gezinstherapie naar welke dan verder niemand wordt verwezen;
- geef gezinstherapie in handen van de maatschappelijk werkers met aanzienlijk minder of helemaal geen invloed binnen de kliniek;
- verwijs alleen onmogelijke families.

Het invoeren van familiedenken heeft ook gevolgen voor de organisatie van zorg. Het streven naar regionalisatie kan alleen maar bevorderen dat een zo goed mogelijke samenhang blijft bestaan tussen opgenomen patiënten en hun families. Regionalisatie begunstigt de wijze van zorg, zoals wij die voorstaan. Het betekent ook dat wij geen RIAGG bepleiten met daarachter klinische voorzieningen in een volgend echelon maar RIGG-vorming: regionale instituten voor geestelijke gezondheidszorg, niet als mammoetinstituut maar als gedecentraliseerde, kleinschalige voorzieningen. Residentiële voorzieningen dienen van het begin af aan goed geïntegreerd te zijn op kleinschalige en goed bereikbare wijze binnen het gehele zorgsysteem. Residentiële voorzieningen mogen niet opnieuw tot isolaten worden door een wijze van organiseren van de gezondheidszorg die een kloof vormt tussen eerste lijn en klinische setting.

De klinieken zelf dienen naast kleinschalige opzet te werken aan vergaande democratisering en een voortdurende bereidheid het eigen werk en de eigen filosofie kritisch te onderzoeken. Hospital audit is in dit verband een toe te juichen activiteit mits wij het aandurven om ons steeds opnieuw te bezinnen op onze doelstellingen op elk niveau en in verband daarmee voortdurend de vraag onder ogen te zien of wij de doelstellingen halen.

Het voorgaande maakt het noodzakelijk om ons ernstig te bezin-

nen op de vraag wat klinische psychiatrie is en wat in een psychiatisch denkend gezelschap een sectie klinische psychiatrie moet voorstellen. Ik kan mij wel een sectie klinische psychiatrie voorstellen die een integratie is van de secties biologische psychiatrie, psychotherapie en sociale psychiatrie in een voortdurende dialoog met de overwegend of uitsluitend ambulante werkers. Er lijkt mij allerlei werk aan de winkel. Het kan zelfs zijn dat vanuit deze kring politieke actie naar de Nationale Ziekenhuisraad en naar de Nederlandse Vereniging voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg en overheid toe gewenst zal blijken, om structurele kloven te voorkomen of te doen verdwijnen, wanneer deze het belang van aangewezen patiënten alleen maar lijken te kunnen schaden.

Geraadpleegde literatuur:

- De chronische patiënt, 2e rapport Visiecommissie St. Bavo, Noordwijkerhout, (1973).
- Haley, J. (1975), Why a mental health clinic should avoid familytherapy. *J. of marriage and family counseling*, 1-13.
- Hoofdakker, R. H. van den (1976), Een pil voor Doornroosje; essays over een wetenschappelijke psychiatrie. Van Gennep, Amsterdam.
- Knowles, J. H., (1965), Hospitals, doctors and the public interest. Cambridge Univ. Press., Mass.
- Langsley, D. G. and Kamplan, D. M., (1968), The Treatment of Families in Crises. Grune & Stratton, New York.
- Lit, A. C., (1978), Nieuwe psychiatrie; een systeembenadering. Kroese, Leiden.
- Müller, E. M., (1976), Defining the function of hospital psychiatry; implications for training. *Hospital and Community psychiatry*, 27, 416-418.
- Polak, P. and Maxwell Jones, (1973), The psychiatric non-hospital: a model for change. *Community mental health Journal* 9, 123-132.
- Strupp, H. H., (1977), Psychotherapy for better or worse. Aronson, N. Y.
- Zuk, G. H., (1978), Values and family therapy. *Psychotherapy, Theory, Research and Practice*, 15, 48-55.