

Opvang van de psychotische mens, gedachten over psychotherapie in de psychiatrische inrichting

door Jan Foudraine*

Het effect van mijn boek 'Wie is van hout . . . een gang door de psychiatrie' is verrassend geweest. De echo die erop volgde heeft me vijf jaar om de oren geklonken. Een echo is weinig genuanceerd en als het uitgezonden geluid op zichzelf nuances mist kun je wat de echo betreft wel het een en ander beleven. Maar los van nuances en misverstanden is er één stelling die mij nooit lekker heeft gezeten.

Het is de stelling dat de psychiatrische inrichting niet of uiterst moeilijk te hervormen zou zijn en dat wij er daarom beter aan zouden doen deze plaatsen te reserveren voor lijders aan organische ziekten. Ook voor hen is de vorming van een sociotherapeutische gemeenschap zeer belangrijk. Ze werd geformuleerd – en deze formulering is in de snelle opvolging van herdrukken van mijn boek ook blijven staan – in een tijd dat ik tengevolge van eigen ervaring, een speurtocht door de literatuur in binnen- en buitenland, zeer verontrust was over het gebrek aan ontwikkeling der psychotherapie in de psychiatrische inrichting. De massaliteit en diversiteit van haar patiëntenbevolking gaf de te grote inrichting een vergaarbakkwaliteit en er waren weinig tekenen dat (o.a.!) psychotisch ontredderde mensen (in meer of minder ernstige graad) enige vorm van intensieve psychotherapie deelachtig werden. Laat staan een combinatie van individuele, groeps- en gezinspsychotherapie in de context van een gemeenschapsleven dat wij psycho- of socio-therapeutische gemeenschap noemen. Deze ontwikkeling kwam wel tot stand in de psychotherapeutische centra. Bierenbroodspot wenste in zijn voortreffelijke proefschrift de psychiatrische inrichting deze ontwikkeling toe en, naar ik mag aannemen, vooral ten bate van mensen die ook nu nog in psychotherapeutische centra niet worden opgenomen: de 'schizofrene'- 'schizoforme' mensen of hoe men ze ook wil noemen. Psychotische mensen die ik in navolging van velen zie op de lijn van een *continuum van ernst* in levensonmacht, verwarring en regressie. Als men tot vandaag de literatuur beziet, vanaf visie-rapporten van St. Bavo tot publicaties met als titel: 'State Hospital-business

* Voordracht gehouden op 23 februari 1976 in het psychiatrisch ziekenhuis 'Vogelenzang' te Bennebroek.

as usual', literatuur vaak doortrokken van pessimisme omtrent de mogelijkheid van verandering der psychiatrische inrichting tot psycho- en psychotherapeutisch instituut, dan heeft men de neiging te blijven zoeken en denken over alternatieve mogelijkheden. Het is begrijpelijk dat velen het tot stand komen van kleine instituten voor psychisch gestoorden hebben bepleit. Nogmaals, ik meende dat gezien de situatie de weerstand tegen een zwenking in de richting van een psychotherapeutische gemeenschapsideologie* – het bouwen van nieuwe structuren en het scheppen van nieuwe rolverhoudingen – té groot zou zijn en dat wij er daarom beter aan zouden doen de gelden die voor nieuwbouw en uitbreiding nodig zijn te laten vloeien in de richting van nieuw op te richten kleine instituten. Instituten zonder oude tradities en architectuur en met de mogelijkheid de psychotherapeutische werkzaamheden in allerlei vormen, zonder al te veel moeilijkheden, gestalte te geven. Kleine instituten die in het bijzonder gericht zouden zijn op de opvang en intensieve psychotherapeutische zorg voor psychotisch gedecompenseerden én hun familieleden.

Tegen het formuleren van verwachtingen of wensen t.a.v. toekomstige ontwikkelingen kan geen bezwaar zijn. Maar er is in de psychiatrische inrichting de afgelopen jaren zeer veel gebeurd en op deze positieve ontwikkelingen wil ik mij richten.

Een paar opmerkingen vooraf. In het volgende valt de aandacht uitsluitend op mensen die wij 'schizofreen' noemen. Ontredderde mensen die in zeer afwijkende gezinsstructuren zijn opgegroeid en die in een psychotische toestand – gekenmerkt door regressie, uiterst zwakke 'reality-testing', grote verwarring en met beginnende waanvormingen en hallucinaties – moeten worden opgenomen. Opnieuw ter beperking richt ik mij op de mensen die tijdens hun eerste psychotische break-down de inrichting binnenkomen. Daarbij wordt als enige indeling de uit de klinische psychiatrie afkomstige scheiding 'proces-schizofrene' en 'traumatisch-reactieve' schizofrene psychose gebruikt.

De 'proces-schizofrene' psychotische toestand kenmerkt zich door zeer ernstige problemen die de persoonlijkheid überhaupt niet in staat stellen de taken en opgaven die de adolescentie en naderende volwassenheid stelt te verwerken, te overwinnen en tot oplossing te brengen.

Het lijkt ogenschijnlijk een sluipende zaak met de psychotische regressie en de prognostisch gevaarlijke gesystematiseerde waanvorming als een soort donderslag uit heldere hemel.

De 'traumatisch-reactieve' psychotische toestand neemt de verschillende ontwikkelingstaken der adolescentie ogenschijnlijk goed, maar struikelt tijdens een situatie van duidelijke stress (vaak door mobilisering van verdrongen conflicten) en toont dan de

* Strauss e.a. gebruiken de term 'ideology' in de zin van: 'any body of systematically related beliefs held by a group of people, provided that the system of beliefs is sufficiently basic to the group's way of life.' En verder '... a shared or collective set of psychiatric ideas'.

kenmerken van een psychotische regressie.

Deze indeling is in zoverre verraderlijk omdat ze suggereert dat de laatste ontwikkeling prognostisch gunstiger zou zijn. Dit is lang niet zo zeker als verschillende auteurs ons willen doen geloven. Naar mijn mening wordt de prognose bepaald door twee basisgegevens:

1 – de belevingsgeschiedenis binnen het gezin, de duur, de mate en de ernst van de misvormende ervaringen en de mate waarin deze door anderen *niet* gecorrigeerd worden;

2 – de wijze waarop de toestand die wij 'psychotische break-down' noemen – kortom de persoon en de emotioneel belangrijke personen in zijn omgeving – *vanaf het eerste noodsignaal worden opgevangen*.

Voor die laatste taak staan wij. Daarbij heb ik zeker een geloofsartikel. Onze *allereerste* response, onze *eerste* maatregelen qua opvang en interventie, zouden wel eens in hoge mate bepalend kunnen zijn voor wat er uiteindelijk met de persoon gaat gebeuren. Men ziet dit punt weinig in de literatuur vermeld. Populair gezegd: de eerste klap van de hulpverlenende organisatie is of een daalder waard of ze vormt een bijdrage tot nog grotere moeilijkheden, verwarring en wantrouwen.

Voor een aantal psychotische mensen lijken de ambulante voorzieningen (de sociaal-psychiatrische diensten met hun noodzakelijke psychotherapeutische interventie en sociaal-correctieve maatregelen) de opvang in dag- of nachtklinieken, crisisinterventie centra, qua mankracht goed toegeruste psychiatrische afdelingen van het algemene ziekenhuis, misschien voldoende. Verder zijn er ook nog psychotherapeuten die naar aanleiding van een psychotische crisistoestand hun tijd en energie beschikbaar stellen en wel of niet op de fiets naar het gezin rijden. De voordelen van al deze voorzieningen zijn duidelijk. De verbindinglijnen met familieleden, vrienden en bekenden blijven kort en ze zijn gemakkelijk 'bewerkbaar'. Maar voor veel psychotische mensen kunnen deze vormen van opvang en pogingen tot 'community containment' een halve klap zijn. De persoonlijke oriëntatie is veel te ernstig en de sociale situatie vaak uitermate verwarrend en ondermijnend. Halve idealistische hulp, die na korte tijd toch tot een opneming in een psychiatrische inrichting moet voeren, maakt de situatie er niet beter op. Vaak geven deze voorzieningen onvoldoende veiligheid en bescherming aan de psychotisch gedecompenseerde, die wel degelijk tegen zichzelf en anderen in bescherming moet worden genomen. Maar al te vaak heeft men, naast psychofarmaca, een goede isoleerkamer nodig en personeel dat in staat is krachtig, helder (in de zin van 'congruent') en als het even kan psychotherapeutisch of op z'n minst met grote empathie deze veiligheid en bescherming tijdens de acut psychotische toestand te bieden. Er wordt goed werk verricht in de zin van het voorkómen van inrichtingsopneming. Maar wij moeten met beide benen op de grond blijven staan. Wij

dienen ons te realiseren dat een groot aantal psychotische toestanden het gevolg zijn van zeer *langdurige* conflicten en diep-ondermijnende communicatiepatronen binnen het gezin. Deze ontwikkelingen zijn ernstig en als wij in ons secundair-preventief idealisme hier geen oog voor hebben staan wij voor een opgave zonder toereikende middelen. Zo staan wij in ons verhaal weer voor de poort van de psychiatrische inrichting.

Bepaalde situaties en procedures in dit instituut waren en zijn soms destructief voor alle betrokkenen. Het proces van bewustwording omtrent dat alles *was* noodzakelijk. Hoewel pijnlijk. De kritiek heeft soms ook geen rekening gehouden met onwrikbare feiten waar niemand een snelle oplossing voor wist. De architectuur, de massaliteit en diversiteit der populatie waren en zijn een grimmige realiteit van de psychiatrische inrichting. Ondanks de grote weerstand tegen verandering – die binnen de gegeven situatie in de psychiatrische inrichting zeker mogelijk is – zijn er hervormingen aan de gang. Deze hervormingen moeten positief worden ondersteund. Dat betekent niet dat men kritisch nadenken overboord zet en evenmin het denken over toekomstige ontwikkelingen. Een van de onderzoekers die in zijn meest recente werk de mogelijkheden van de psychiatrische inrichting positief en kritisch tegemoet treedt, is Theodore Lidz. Een psycho-analyticus die zich op het gebied van de kennis omtrent psychotische ontwikkelingen, de psychodynamiek, de interactionele gezichtspunten, de betekenis van het gezin, de taal en begripsvormen die door ouders aan hun kinderen worden overgedragen, een uitgebreide kennis heeft verworven.

Lidz is een door grote ervaring geboren autoriteit op het gebied van de individuele psychotherapie en gezinstherapie van psychotische mensen. Hij heeft zijn visie, geboren uit werk sinds 1949 aan de universiteit te Yale, kort maar zeer indrukwekkend samengevat. Deze samenvatting geeft uitdrukking aan een grote overtuiging en ze is de vrucht van een intensieve bestudering van honderden gezinnen met schizofrene kinderen en intensief psychotherapeutisch werk.

Lidz is niet alleen een ervaren psycho-analyticus. Hij heeft ook het vermogen om de psycho-analytische ontwikkelingspsychologie kritisch tegemoet te treden en haast achteloos te modificeren. Hij weet veel, schrijft vanuit een grote belezenheid en dus is hij ook in staat een zakelijke kritiek op de psychiatrische inrichting te leveren. Lidz neemt in 1949 uit hoofde van zijn uitgebreide onderzoekingen de plaats van de in 1948 overleden Harry Stack Sullivan in en in 1973 kan hij het werk van Fromm-Reichmann, Bowen, Wynne, Bateson en al hun medewerkers in zijn beschouwingen betrekken en tegelijkertijd met een soort rustig gezag mensen als Ronald Laing e.a. de les lezen. De laatste tijd, vooral gestimuleerd doordat ik zijn laatste werk aan het vertalen ben, heb ik zeer veel van hem geleerd. In zijn beschouwingen herkende ik veel en ze zijn een goede leidraad voor wat ik u, als inleiding tot een discussie, wil zeggen.

Ten aanzien van een adequate zorg voor de psychotische mens staat de psychiatrische inrichting voor de uitdaging te voorzien in het volgende pakket van psychotherapeutisch georiënteerde voorzieningen:

- 1 – individuele intensieve psychotherapie;
- 2 – groepstherapie in de context van een gemeenschapsleven;
- 3 – in het merendeel van de gevallen diepgaande modificatie van de verhoudingen binnen het gezin waaruit de patiënt komt (en meestal niet naar terugkeert) of psychotherapeutische interventie in de bestaande partnerrelatie.

Deze drie voorzieningen wil ik van commentaar voorzien.

1 Individuele psychotherapie

Bij deze gelegenheid wil ik niet uitwiden over technische en inhoudelijke vragen en problemen die zo kenmerkend zijn voor de individuele psychotherapeutische relatie met de psychotische cliënt. Er bestaat hierover een uitgebreide literatuur en het valt te verwachten dat in de naaste toekomst een deel van die literatuur ook in Nederlandse vertaling bereikbaar is. Dit is des te belangrijker omdat wij grote behoefte hebben aan goede leermiddelen. De stelling dat individuele psychotherapie een onderdeel van het pakket van voorzieningen dient te zijn kan gemakkelijk als utopisch van de hand worden gewezen. Ik weet wat men zal zeggen: 'Daar hebben we geen psychotherapeuten voor. En omdat we die niet hebben, *doen we alsof* we ze ook *niet nodig hebben*. We gooien alles op de groepstherapie en velerlei vormen van groepsactiviteiten'.

Ik zie dit toch als een rationalisatie en het ontwijken van een probleem. De enige oplossing van dit probleem ligt m.i. in het opleiden van assistent-psychotherapeuten, jong of oud, gerecrueteerd uit de staf van de psychiatrische inrichting. Die opleiding kunnen wij ter hand nemen. Wij weten dat er veel toegewijde, empathisch zeer begaafde verpleegkundigen zijn. Ze beschikken over een schat van ervaring. Is het zo utopisch om voor een *aantal* van hen, zo zij dit zelf willen, een theoretisch en praktisch opleidingsprogramma te maken met gebruikmaking van alle leermiddelen die wij kunnen aanbieden: vertalingen van boeken en artikelen, het rollenspel in het kader van de groepssupervisie, films, tape- en videorecordings, etc. Zouden wij met zo'n programma nieuwe problemen (bijv. rondom status) in huis halen? Moeten wij uit angst voor 'wilde psychotherapie' dit hele opleidingsprogramma in psychodynamische en interactionele gezichtspunten, het leren hanteren van overdrachts- en eigen gevoelens, van de hand wijzen, omdat wij de materie voor z.g. 'minder geschoolde' mensen te ingewikkeld achten. Mensen die met name geen eigen leeraanlyse of een stuk zelfverheldering hebben door-gemaakt? Als wij een trainingsprogramma, dat ons arsenaal van individuele psychotherapeuten (en in feite bedoel ik daar ook gezins- en groepstherapeuten mee) vergroot, afwijzen dan wijzen

wij daarmee ook de mogelijkheid af om de individuele intensieve psychotherapie in de inrichting werkelijk te realiseren.

Ik zie geen ander alternatief en acht deze zaak, die uiteraard qua organisatie in detail moet worden uitgewerkt, van grote betekenis. In ons land heeft Van Ree een duidelijke suggestie tot de bovenbeschreven ontwikkeling gedaan.

Het is interessant om in dit verband ook eens te kijken naar de visie van de Finse psychiater Alanen, al een oude rot in het vak. Het is een mening die in 1973 is gepubliceerd en ze zal wel niet veel veranderd zijn. Hij zegt tijdens een congres in Londen behartenswaardige dingen. Eerst herinnert hij aan het feit dat de pioniers (Sullivan 1931, Federn 1943) beiden het belang, niet alleen van de individuele psychotherapie, maar ook van de psychotherapeutische gemeenschap en het beslissende belang voor de prognose die aan de attitude van de gezinsleden gehecht moet worden, hebben benadrukt. Alanen beschrijft dan zijn *psychotherapeutische gemeenschap* en geeft deze een verschillende karakteristiek van de organisatie die door Thomas Maine (1946) en Maxwell Jones (1953) werd beschreven.

Voor de *diep geregredieerde, zeer verwarde psychotische mens* is het benadrukken van 'social learning' in de groep van de leeftijdgenoten, gestructureerde dagelijkse activiteitenprogramma's, groepsactiviteiten en vormen van 'patiënten-regering' vrij zinloos. Dat is een belangrijke conclusie. Natuurlijk zo stelt hij, moet de verticaal-hiërarchische orde doorbroken worden en een optimum aan openheid worden geschapen. Maar voor *deze categorie* van patiënten ligt het accent bij alle medewerkers in zo'n gemeenschap op de empathie, de 'inward-participation' (Siiralla) en . . . de individuele psychotherapie.

De empathische oriëntatie van alle werkers tekent de sfeer van zo'n gemeenschap als invoelend-menselijk en deze oriëntatie is de werkers ook bij te brengen. Hij komt dan uit op hetzelfde punt waar ook ik mijn hoop op vestig. Ik citeer hem: 'de derde karakteristiek van onze psychotherapeutische gemeenschap is dat de verschillende leden van de verpleegkundige staf – dus niet alleen dokters en psychologen, maar ook de verpleegkundigen en maatschappelijk werkers – met patiënten in individuele psychotherapie samenwerken'. Dat hoeft niet per se 'intensief psychoanalytisch' te zijn. Voorlopig beschrijft hij het als *contact-therapie*. Hij suggereert een wekelijkse groepssupervisie van vier therapeuten.

In zijn verdere betoog vallen nog een paar zaken op. Hij gaat in tegen de huidige neiging om het verblijf in de psychiatrische inrichting *kort* te houden en staat zeer tolerant tegenover de neiging van de patiënt om tijdelijk te regrediëren. Dit betekent niet dat men iemand in een regressieve ontwikkeling moet vastpinnen. Aan dat laatste aspect heb ik in mijn boek veel, misschien té veel, aandacht besteed. Bij Alanen (en ook vele anderen) hoort u de andere, even wezenlijke kant van een zeer gecompliceerde medaille. Een citaat: 'Provided that longterm psychotherapeutic treatment

prevents the patient from becoming chronically ill, treatment orientation of the above kind may also prove advantageous from the standpoint of society'.

2 De groepstherapie en de leefgemeenschap

Schizofrenen lijden aan *meer* dan aan een diepgaande emotionele verwarring, heftige angsten omtrent agressiviteit en seksualiteit, gevoelens dat *zelf* en *niet-zelf* niet gedifferentieerd zijn – een gevolg van de bestaande, door egocentrische oriëntatie van de ouders bestendigde, vervloeiings(fusie)toestanden tussen *ik* en *niet-ik*. Het gevolg ook van de door de patiënt ervaren noodzaak het leven van de ouders te completeren en er een verlengstuk van te moeten zijn. Een leven tot vervulling te brengen was door de ouders op tragische wijze niet vervuld of bevredigd kon worden. Maar er is meer. Zij missen een enorm aantal sociale vaardigheden, het 'ik' is uitgerust met zeer verwrongen *begrippen* die geen grond kunnen vormen voor adequate rolvervulling. Dit deficit in 'social skills' en het toegerust zijn met begrippen die eenvoudig niet zijn aangepast aan de wereld waarin zij moeten leven, kan in het kader van de individuele psychotherapie niet worden gecorrigeerd. De individuele psychotherapie kan het herstel van vertrouwen betekenen en ook het begin van vertrouwen in eigen waarneming, eigen gevoel en eigen mening. Ze kan en ze moet fusie-oplossend werken. Maar daarmee lossen wij het diepgaande en uitgebreide cognitieve deficit en het deficit in sociale vaardigheid niet op. De groep is hier van grote betekenis. Psychodrama, rollenspel, assertieve training, de diepe empathie die de schizofreen van zijn groepsgenoten kan ervaren (ondanks zijn aanvankelijke verzwelgingsangst) – dat alles is een onvervangbaar ingrediënt. Essentieel is ook het participeren in vergaderingen die hem op z'n minst de ervaring van het proces van besluitvorming geeft. Zonder ook deze ervaring haalt de patiënt het in deze complexe maatschappij niet.

Het scheppen van de voorziening der groepstherapie zowel als het totale pakket van groepsactiviteiten binnen een leefgemeenschap waarin deze (en vele andere ingrediënten – zoals *opvoeding* en *schoolopleiding*) worden aangeboden, lijkt me de tweede uitdaging waar de psychiatrische inrichting voor gesteld wordt.

3 Gezinstherapie

Zeer veel schizofrenen blijven diepgaand verweven met in diepe egocentrie, conflicten en heftige angsten gevangen ouders. Werkers van de psychiatrische inrichting zullen zich voortdurend met de zorgen en vaak intense angsten van de ouders moeten bezighouden. Doen ze dit niet, dan kan het gehele behandelingsplan hierop stranden. In feite is het onherroepelijk dat wij dit zó laat hebben gezien. Wij kunnen ouders niet zomaar verwijderen – wij moeten ze zeer wezenlijk terzijde staan. Dit betekent opnieuw de

opleiding van werkers die onder supervisie dit essentiële en vaak zeer dankbare werk kunnen doen.

Lidz geeft een eenvoudig voorbeeld: – Een zoon van een weduwe werd in de inrichting opgenomen in een tijd dat de insulinebehandeling nog in zwang was. Ze wilde iedere ochtend weten wanneer het coma getermineerd was opdat ze haar zoon kon opbellen om zichzelf zekerheid te verschaffen dat er niets verkeerd was gegaan. Een maatschappelijk werker zorgde ervoor dat de moeder haar iedere ochtend kon opbellen omdat ze begreep dat deze vrouw door grote angsten gekweld werd. Als gevolg van deze voorziening kwam er een zeer goede samenwerking met de moeder tot stand, terwijl ze tevoren regelmatig had gedreigd haar zoon prematuur uit het ziekenhuis weg te halen.

Het zal moeilijk zijn dit pakket van voorzieningen, de integratie en het mobiliseren van het psychotherapeutische potentieel der medewerkers een goede vorm te geven. Toch lijkt me deze opgave realistischer dan te dromen over nieuw op te zetten kleine instituten voor de residentiële behandeling van schizofreen gestoorden.

Er is een ander punt.

Men heeft zeer veel gesproken over het desastreus effect der hospitalisering. Dat weten we langzamerhand wel. Dit is niet het moment om daar dieper op in te gaan. Ik heb meer behoefte te wijzen op een misverstand. Er is geen sprake van dat wij psychisch-gestoorden, in de zin zoals ik dat in de inleiding kort heb omschreven, in een relatief korte tijd veel kunnen leren en veel kunnen afleren. Geconfronteerd met onoplosbare dilemma's, gevangen in een regressieve vlucht, toegerust met een zeer gebrekkig gedragsrepertoire voor 'problem-solving', laat staan voor intimiteit als interdependentie, verward door aangeleerde waarnemingen en concepties die niet op de realiteit zijn afgestemd (maar wel op de behoefte van de ouders en ter ondersteuning van hun precaire emotionele evenwicht), vaak nog gevangen in zeer afwijkende vormen van communicatie die o.a. iedere vorm van autonomie onderdrukken – dit alles *laat zich niet in haast corrigeren*. Pas indien we de psychotherapeutische voorzieningen in een goede samenwerking hebben georganiseerd, kunnen we de destructieve aspecten die we 'hospitalisering' noemen – waaronder een verankering in de 'sick-role' – in een veel beter perspectief zien en nu zonder overdreven angst voor de soms noodzakelijke regressie. We kunnen dan ook meer adequate maatregelen nemen, in plaats van het begrip 'hospitalisering' te misbruiken voor een totale veroordeling van iedere vorm van institutionalisering.

Er zijn voor psychotisch-gedecompenseerden, mits de voorzieningen er zijn, zeer *belangrijke voordelen* aan de opnemings- en het meer of minder langdurig verblijf in een instituut verbonden:

- 1 – in deze setting kan de cliënt een begin maken afstand van zijn ouders te nemen en ze in een ander perspectief te zien;
- 2 – diep beangst en vaak verlamd door homocidale of incestueuze impulsen heeft de cliënt een veilige, omgrenzende omgeving nodig,

waarbij de medemens hem bescherming tegen de neiging tot controle-verlies biedt;

3 – psychotherapie is vaak alleen mogelijk als de cliënt geen onnodige energie in zijn controle-handhaving hoeft te steken;

4 – het instituut kan niet alleen voeren tot zeer constructieve emotionele ervaringen met het personeel (die soms de intensieve en beangstigende individuele psychotherapeutische relatie kan verdunnen), maar het contact met leeftijdgenoten kan ook bijdragen tot 'decentreren' – d.w.z. tot overwinnen van eigen ego-centrische oriëntatie en door de oorspronkelijke gezinservaring sterk vertekend waarneming en begripsvorming.

Een belangrijk aspect, waar wij mijns inziens ook te weinig aandacht aan geschonken hebben, is het introduceren van een specifieke schoolopleiding aan het instituut verbonden. In het bijzonder om de aspecten 'focal attention' en 'begripsmatig denken' naast een verdere opleiding te bevorderen. Kortom het instituut kan een goed en in wezen educationeel moratorium zijn dat een slagvaardig antwoord geeft op de acute psychotische desorganisatie en in dit menselijk-opvoedend antwoord kan ze ook iets voorkómen. Namelijk dat de persoon, wanhopig zoekend naar zin, richting en betekenis van zijn bestaan, tot de desastreuze pseudo-oplossing van zijn desorganisatie en moeilijkheden komt via de harde gesystematiseerde waanvorming, die dan, samen met het hospitaliseringseffect, voert tot de chronisch schizofrene toestand.

Tot nu toe is mijn verhaal inhoudelijk geweest en u collegae – psychiaters, psychologen, maatschappelijk werkers, creatieve, arbeids- en bewegingstherapeuten en last but not least verpleegkundigen – kunnen zich de vraag stellen: 'Hoe valt dit alles te realiseren, in deze gebouwen en na al ons vergaderen over mondigheid, inspraak en democratisering? Wij kwamen als werkers op voor onze rechten, onze status en de rechten van de opgenomen patiënten. Er is een vloedgolf van kritiek over ons heen gegaan'. Het jongere kader schrijft de namen van Laing en Cooper in hun vaandel, maar mist vaak de vorming die tot realistische bescheidenheid dwingt. Het oudere kader, met al hun toewijding en ervaring gaat tengevolge van alle publiciteit, nieuwe begrippen en werkwijzen door een niet te onderschatten persoonlijke crisis. Vooral in inrichtingen zonder bemiddelend middenkader is de kans op destructieve polarisering vrij groot. En onze psychotische cliënten en hun familieleden hebben met deze problemen niets te schaffen. Ze vragen hulp, begrip, veiligheid en continue zorg. Ik sta hier niet in een positie u van advies te dienen ten aanzien van de formidabele problemen waarvoor u zich geplaatst ziet en voor de veranderingsprocessen die, naar ik hoop, misschien door externe veranderingsconsulenten op positieve wijze kunnen worden begeleid. Aan diepgaande verandering zal zich de psychiatrische inrichting niet kunnen onttrekken. Trouwens – daar zullen

films, kranten, radio, televisie, boeken, de 'gekkenkrant' en de cliëntenbond wel voor zorgen. Ik ken uw problemen niet, de mate van uw desillusie en de mate van uw hoop. Eén zaak lijkt me uitermate belangrijk. Er is in de psychiatrische inrichting *intensieve in-service training* nodig. Vooral ten bate van hen die het dichtst bij de patiënt staan. Want de lijdensweg die tot de psychotische break-down voert is zeer langdurig en uiterst moeilijk te begrijpen. Ze is zeer gecompliceerd en de menselijk-ambachtelijke opvang smeekt om een training der werkers. Dat is mogelijk – want wij weten zeer veel. Ik meen dat 'structuren' en vaak hope-loze architectuur daartoe geen beletsel hoeven te zijn.

Langs een kern van de zaak ben ik heengegaan. Een zaak waar wij toch niet omheen kunnen. Hervormingen, qua attitude, mentaliteit, organisatie en zelfs qua architectuur zullen toch gemakkelijker tot stand komen als zij, die de 'psychiatrie' vertegenwoordigen, zich blijven buigen over fundamentele vragen en oude premissen. Er blijft verwarring rondom de vraag: 'Wat is de psychiatrie?' Er zijn ontwikkelingslijnen die zich aftekenen. Aarzelen wij niet ze verder te trekken? Wij hebben in ieder geval breed en zeer intensief opgeleide psychotherapeuten nodig. Dit vraagt een ontwerp van wat Fuller Torrey recentelijk een 'neo-educationele' discipline heeft genoemd. Het accent in dit vakgebied ligt op 'learning-by-the-heart'. Wij hebben daarnaast een nieuw ontwerp van een medische discipline nodig die zich verdiept en specialiseert in het psycho-organische. Een samenwerking van de vertegenwoordigers van deze, hier niet nader uitgewerkte vakgebieden, wordt des te vruchtbaarder naarmate hun professionele identiteit zich helder aftekent.

Literatuur

- Alanen, Y., The psychotherapeutic Care of Schizophrenic Patients in a Community Psychiatric Setting. *British Journal of Psychiatry*, Special Publication, no 10.
- Bierenbroodspot, P., *De therapeutische gemeenschap en het traditionele psychiatrische ziekenhuis*, Boom, Meppel, 1969.
- Fuller Torrey, E., *De dood van de Psychiatrie*, Bert Bakker, Den Haag 1975.
- Lidz, Th., *The Person*, Basic Books, Inc., New York 1968.
- Lidz, Th., *The Origin and Treatment of Schizophrenic Disorders*, Basic Books, Inc., New York 1973.
- van Ree, F., De B-verpleegkundige als behandelaar?, *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 7-8-1975.
- Strauss, A., e.a., *Psychiatric Ideologies and Institutions*, The Free Press of Glencoe, London 1964.