

door H. R. Kormos\*

## Inleiding

De term 'Third Revolution' heeft ingang gevonden bij voorstanders van het Community Mental Health Center Movement in de Verenigde Staten. Als de twee vroegere revoluties in de psychiatrie worden in het algemeen beschouwd de 'bevrijding' der geesteszieken in de 19e eeuw en de psychoanalyse. Het is mijn bedoeling in dit artikel een poging te doen een aantal problemen te beschrijven die vooral in de laatste jaren zichtbaar geworden zijn bij de ontwikkeling van deze Centers. Misschien kan een dergelijke beschrijving de lezer behulpzaam zijn de beantwoording van de vraag of het gebruik van de – ambitieuze – term Derde Revolutie in dit verband gerechtvaardigd is.

Baert (3) besprak in een uitstekend gedocumenteerde studie de prenatale periode en de kinderjaren der CMHC. De hier volgende parafraze van zijn definities moge tot uitgangspunt dienen: Onder CMHC wordt verstaan een netwerk van gecoördineerde diensten dat aan bepaalde voorwaarden moet voldoen teneinde regeringssubsidies te ontvangen. Deze voorwaarden bestaan o.m. uit:

- 1 – het aanvaarden van de volledige verantwoordelijkheid voor alle psychiatrisch hulpbehoevenden in een regio;
- 2 – het functioneren van tenminste vijf essentiële diensten, t.w. hospitalisatie, partiële hospitalisatie, crisisinterventie, ambulante zorg en consultatie;
- 3 – alle diensten moeten bereikbaar en toegankelijk zijn, voor iedere inwoner der regio.

Een specifiek doelwit bij de gehele opzet was om het oude State Mental Hospital te vervangen en overbodig te maken. Baert beschrijft verder ook de gunstige resultaten die in de eerste jaren geregistreerd werden en in grote lijnen kan ik mij zeker aansluiten bij zijn betoog. Evenwel: we staan hier voor een – ook voor de Verenigde Staten – gigantische onderneming. (Voor de cijfers moge ik nogmaals naar Baert verwijzen.) Het ligt voor de hand

\* Psychiater, Assistant Clinical Professor of Psychiatry, University of California, San Francisco.

dat de mogelijkheden voor onvoorziene ontwikkelingen onder deze omstandigheden talrijk zijn; en verder dat het jaren duurt voordat sommige tendenties waarneembaar kristalliseren. Gezien de in (3) geciteerde literatuur en persoonlijke ervaring van de schrijver met enige uitzonderingen de jaren 1970-'72 betreft zal ik mij bezighouden met 1972-'76. Het is verder mijn voornemen om ietwat 'impressionistisch' te werk te gaan, gezien het feit dat Baert een systematische methode volgt en vooral de administratie en epidemiologie tot hun recht laat komen.

### **Evaluatie der evaluaties**

'Evaluation' is misschien het beste trefwoord voor de literatuur op dit gebied; in bijna alle studies wordt zeer veel aandacht geschonken aan het vraagstuk van de bepaling der behandelingsresultaten. Vaak lijkt deze kwestie zelfs belangrijker dan nauwkeurige beschrijving van de aard der behandeling en men kan deze voorkeur gemakkelijk herkennen als een uiting van het Amerikaanse empiricisme. De vaak gebezigde terminologie – 'outcome evaluation systems, program effectiveness study, output value analysis' – is direct ontleend aan het businessmanagement jargon. Natuurlijk heeft het gebruik van deze 'taal' belangrijke consequenties; dit is echter een punt waarop ik hier niet dieper wil ingaan. Verder zij opgemerkt dat de interpretatie der literatuur vooral op dit terrein voortdurende waakzaamheid vergt. Men mag nimmer over het hoofd zien dat ieder verslag, iedere reeks van cijfers en alle andere gegevens, verrassend snel na publicatie opgenomen worden in het arsenaal van argumenten van een der vele (belanghebbende) deelnemers aan het permanente debat over de CMHC (12, 5, 8). Toegegeven zij dat deze opmerking misschien overbodig is omdat zij algemeen geldt voor de psychiatrische literatuur. Echter: de belangen (5) die in de Verenigde Staten op het spel staan bij het CMHC-debat zijn qua aard en omvang vele malen groter dan de inzet bij de meer gangbare controversen. Een enkele illustratie moge nuttig zijn: Indien de cijfers omtrent genezen verklaarde- of nieuw aangemelde patiënten teleurstellend zijn, kan het betreffende CMHC op reële wijze in zijn voortbestaan bedreigd worden. Ook mag niet vergeten worden dat zenuwartsen, psychologen e.a. vaak kortlopende contracten hebben (34).

Natuurlijk was de oorspronkelijke opzet om de activiteit der CMHC hoofdzakelijk om wetenschappelijke redenen te 'meten'. In de praktijk echter vindt men nu vaak dat het proces in de omgekeerde richting verloopt. Dat wil zeggen dat, zodra een CMHC vermoedt dat de cijfers een ongunstige indruk zouden kunnen gaan maken, er nieuwe richtlijnen voor de staf opgesteld worden teneinde een 'beter' eindresultaat te kunnen boeken (2, 7, 15). Het is dus te begrijpen dat veel aandacht wordt besteed aan het zoeken naar een onweerlegbare meettechniek (11, 22, 37). Opvallend is dat veruit de meerderheid van de auteurs die zich

hiermee bezighouden er blijk van geven dat een andere dan zilver kwantitatieve benadering voor hen onvoorstelbaar is. Confrontatie met de moeilijkheden bij het bepalen van eenheden en categorieën en bij het kiezen van de meest juiste statistische werkingsmethode etc. vindt natuurlijk steeds plaats, maar leidt doorgaans niet tot een principiële herziening van de methodologie.

Op een paradoxale moeilijkheid van een andere orde dient gewezen te worden. Waar althans één der redenen waarom 'evaluation' als essentieel beschouwd wordt financieel van aard is (cost containment) blijkt dat in de praktijk deze evaluatie zelf bijzonder duur kan zijn (11). Er zijn daarom nu voorstanders van de these dat nagegaan moet worden of de evaluatie inderdaad besparend werkt. Zo niet, dan dient zij afgeschaft.

Hiermee is het probleem echter verre van opgelost omdat nu een 'evaluation of the evaluation' moet plaats hebben, met als gevolg dat het agregaat 'evaluation-activity' neiging tot voortdurende toename toont. Evaluatie is in wezen een administratief-bureaucratische werkzaamheid en de toename van dit soort bezigheden in de CMHC, ten koste van klinische arbeid, wordt algemeen onderkend en betreurd. Gezien de universaliteit en de intensiteit van het verschijnsel lijkt het echter steeds moeilijker om het uitsluitend als een hinderlijke bijzaak te zien. De Franse socioloog Henri Lefebvre wijdde hieraan een studie (19). Zijn theorie omtrent de betekenis van bureaucratische activiteit in de moderne maatschappij zou belangrijk kunnen bijdragen tot een beter begrip van dit aspect van het dagelijks leven in een CMHC. Het zou te ver voeren her in dit verband dieper op in te gaan.

Ondanks de aangestipte problemen bij de kwantitatieve 'outcome evaluation' kan nu gesteld worden dat een aantal indrukwekkende resultaten niet langer aan twijfel onderhevig is. Het meest frappant is natuurlijk de daling van het aantal patiënten in inrichtingen. Waar sommigen (17) zich een paar jaar geleden nog afvroegen of deze daling blijvend zou zijn, wordt de kwestie, althans in deze vorm, nu als gesloten beschouwd. Terwijl de meeste staten hun inrichtingen (State Hospitals) kleiner maakten, werden in Californië op radicale wijze bijna alle inrichtingen definitief gesloten. Het is misschien interessant hieraan toe te voegen dat een dergelijke sluiting op grote schaal niet plaats vond in de particuliere klinieken.

Vanzelfsprekend dient nu de aandacht gericht te worden op het lot van de talloze ontslagen patiënten en ook op die patiënten die vroeger candidaat voor opname zouden zijn geweest (4, 12). En dit is het natuurlijke werkterrein voor de CMHC (8). Helaas blijkt nogal eens dat de problemen onderschat zijn. Terwijl de ontslagen patiënten volgens de statistieken inderdaad 'in the community' wonen en de behandeling 'dus' succesvol was, is het beeld van hun bestaan niet rooskleurig (2, 37, 23). Veel patiënten leiden, wonend onder verwaarloosde omstandigheden in achterbuurten, een regressief en symptomatisch leven. Een nieuwe alliteratie

heeft al ingang gevonden om deze toestand te beschrijven: Community chronicity (23).

De vraag is dus aan de orde hoe het contact tussen CMHC en deze, nu ambulante, patiënten verloopt. Allereerst blijkt dat het aloude, sociologisch bepaalde, interactie patroon tussen patiënten en staf (30) aantoonbaar blijft (36, 20). Wel bestaat de indruk dat deze segregatie thans misschien minder intens is, maar ik heb hierover geen directe gegevens.

Indien men een eigentijdse vergelijking meer ter zake acht dan kan bijvoorbeeld als controle een groep zelfstandig werkende psychiaters gekozen worden. Udell en Hornstra (36) stelden vast dat in hun groep longterm psychotherapy veel vaker gedaan werd door de particuliere zenuwartsen dan door de staf van het plaatselijke CMHC. Hierbij dient direct aangetekend te worden dat alle niet-kortdurende behandelingsmethodes op actieve of passieve wijze afgeremd worden in het CMHC kader. Dit wordt meestal verklaard uit staftekort etc. maar mijn indruk is dat het hier een ideologische zaak betreft. Aangezien ook de centrale overheid in Washington klaarblijkelijk de niet-kortdurende psychotherapie als twijfelachtig beschouwt wordt tegenzin om langdurig te behandelen gemakkelijk in budgettaire noodzaak vertaald.

Een vergelijking van ietwat andere aard kan gemaakt worden met de resultaten zoals die geregistreerd werden door een traditioneel (nog niet gesloten) State Hospital. Smith (33) vond zijn CMHC superieur aan het State Hospital maar legt er de nadruk op dat dit het geval was met niet-eerder opgenomen patiënten. Een vroeger onderzoek gebruikte dezelfde methode maar betrof een gemengde groep en hier konden de auteurs geen superioriteit van het CMHC aantonen. Een methodologisch kanttekening hierbij is dat Smith et al. in hun tweede artikel (33) er voor uitkomen dat zij teleurgesteld waren door de bevindingen van het eerste onderzoek en dat dit een der redenen voor hun verdere werk was. Veel artikelen wijzen er op dat de oorspronkelijke doelstelling chroniciteit te voorkomen door vroege en actieve behandelingen ('aggressive treatment'), bij een, gelukkig kleine, minderheid der patiënten niet bereikt is. Dit kon uit de aard der zaak pas na enige jaren met zekerheid geconstateerd worden en de eerste rapporten hierover kwamen uit het oudste CMHC (Fort Logan, Colorado). Gezien het cumulatieve karakter van dit verschijnsel mag het probleem niet onderschat worden. Tijdens het meest recente congres van de American Psychiatric Association werd een poging ondernomen hiervoor een oplossing te zoeken via de oprichting van een nieuw type asiel, in vrije vertaling een Welzinnigen Gesticht (Sane Asylum) (35). Natuurlijk zou dit asiel de gunstige aspecten van het vroegere State Hospital moeten hebben zonder de welbekende nadelen.

Vooraf de beginperiode van de CMHC movement was gekenmerkt door een optimistisch-energieke stemming die soms tot ietwat superieur en militant aandoende uitingen ten aanzien der traditionele psychiatrie leidde. Het is niet verwonderlijk dat dit een

zekere rancune gekweekt heeft die nu misschien tot uiting komt in een artikel van Arnhoff, verschenen in een niet-psychiatrisch tijdschrift, namelijk Science(1). Dit tijdschrift stelt zich ten doel belangrijke ontwikkelingen op divers wetenschappelijk gebied samen te vatten zodra het lijkt dat een kritiek stadium bereikt is in een bepaald onderzoeksterrein. Deze opzet heeft een grote lezerskring gevonden en het lijkt mij belangrijk dit in het oog te houden bij de beoordeling van Arnhoff's artikel. Kort samengevat worden de ontwerpers van het CMHC concept ervan beschuldigd de 'biologische feiten' der psychiatrie om politieke redenen te hebben genegeerd; vooral wat betreft de psychoses. Na deze kritiek stelt de schrijver nog dat de niet opgenomen patiënt veel schade van diverse aard aanricht in zijn familie (8) en omgeving. In het bijzonder trof mij dat Arnhoff bronnen citeert volgens welke niet-opgenomen ernstige geesteszieken de laatste tijd een duidelijk toegenomen geboortecijfer tonen. Als mogelijk gevolg geeft hij aan een toename van het aantal geesteszieken in toekomstige generaties (32, 31). Bij nauwkeurige lezing rijzen er nogal wat bezwaren tegen het betoog maar het leek mij nuttig in te gaan op dit artikel omdat het representatief is voor een standpunt dat momenteel aan aanhang schijnt te winnen. In 1971 publiceerde Science een bijzonder loffelijk artikel over een CMHC (13) zodat niet van een redactioneel vooroordeel gesproken kan worden. Het multidisciplinaire beginsel is van meet af aan prominent geweest bij de organisatie der centra. Oorspronkelijk leek dit gebaseerd op twee overwegingen, namelijk de onmogelijkheid genoeg psychiaters te vinden en de wens de theorieën van o.m. Maxwell Jones toe te passen. Zoals men ziet zijn deze twee argumenten geheel verschillend van aard en dit is een der – overigens talrijke – redenen geweest waarom interne stafproblemen (28, 29) veel tijd en energie hebben gevegd. In dit verband dient ook melding gemaakt te worden van de verhouding tussen de officiële, klassieke psychiatrie en CMHC. Al in 1968 vond de onlangs overleden Lawrence Kubie, destijds een der meest gezaghebbende psychiatrische autoriteiten, het nodig een waarschuwing te publiceren (16). Hij toonde zich ernstig ongerust over de verleidingen waaraan vooral onervaren jonge psychiaters werden blootgesteld door de plotselinge beschikbaarheid van invloedrijke, machtverlenende en goed betaalde functies in een CHMC. Het benoemd worden in zulke ambten leidde nl. volgens Kubie tot eerst onderwaardering en uiteindelijk fatale verwaarlozing van het meest essentiële aspect van het psychiater-worden, nl. intensief contact met patiënten. Kubie's uitvoerige kritiek richtte zich verder ook tot hoofden van universitaire klinieken, aan wie hij verweet te gemakkelijk regeringssubsidies te hebben geaccepteerd. Als treffend voorbeeld citeerde hij, anoniem, de bereidheid van een professor om de verantwoording voor een CMHC op zich te nemen. Deze bereidheid bleek namelijk gebaseerd op de overtuiging dat binnen tien jaar de naam CMHC vergeten zou zijn en de installatie eigendom van zijn kliniek zou zijn geworden. Dank zij

een onderzoek naar de huidige opvattingen van 90 hoogleraren (27) is het mogelijk deze kwestie verder te bestuderen. Panzetta kwam tot de conclusie dat er, vijf jaar na Kubie's waarschuwing, wel veel aandacht aan CMHC wordt besteed in universitaire kringen maar dat werk van deze aard weinig prestige verleent.

Ook de niet-universitaire klassieke psychiater heeft veel te maken met CMHC. Een onverdeeld gunstige reactie kwam uit Texas (14). De schrijver maakt het zonder meer duidelijk dat hij blij was verlost te worden van de noodzaak zijn 'moeilijke' patiënten te behandelen. Hiermee bevestigt hij een eerder geciteerde statistische studie (36).

Overigens bestaat ook de omgekeerde situatie. Zoals Baert (3) vermeldde is het mogelijk de administratieve structuur van een CMHC te vormen zonder nieuwbouw. Dit is gedaan in California waar particulier gevestigde therapeuten CMHC patiënten behandelden in hun eigen spreekkamer, tegen vergoeding. Het bleek niet mogelijk om het privé karakter – volledig – te handhaven onder deze omstandigheden. Een commissie werd (21) gevormd om de beschikbare fondsen en dus de duur der behandeling te controleren. Newman laat zich echter zeer positief uit over de organisatie die hij hiervoor tot stand bracht (25, 38).

### **Slotwoord**

Ik zou deze serie van niet-systematische, impressionistische beschouwingen willen besluiten met een – even willekeurige en onvolledige – opsomming van hier niet vermelde maar wel courante problemen. Bijvoorbeeld: wat zijn de behandelingskosten via een CMHC in vergelijking met de particuliere praktijk? Hoeveel (of hoe weinig) psychiaters, psychologen, verpleegkundigen dienen aangesteld? Ziet de 'anti-psychiatrie' CMHC als vriend of vijand? (24). Wordt er, in althans sommige CMHC, teveel (betaalde) tijd verloren als gevolg van de teamprocedure? (18, 28). Wie zijn de vertegenwoordigers van de 'community' die betrokken moeten zijn bij het intern overleg?

Een vergelijking van het enthousiasme van de beginperiode ( $\pm$  1966-1972) met de meer pessimistische toon der recente rapporten leidt mij tot de conclusie dat de 500 bestaande CMHC in de Verenigde Staten hun uiteindelijke organisatievorm nog niet hebben gevonden. Voordat dit het geval is zullen er naar alle waarschijnlijkheid geen verdere centra worden geopend, hoewel slechts 500 van de 2000 oorspronkelijk als wenselijk geachte eenheden gevormd zijn.

De ervaring heeft overigens geleerd dat het onjuist is aan te nemen dat de overheidsbeslissingen die de verdere organisatie, omvang en aard der CMHC zullen bepalen, gebaseerd zullen zijn op zuiver psychiatrisch-epidemiologische overwegingen. Wanneer men zich wil verdiepen in projecties omtrent de toekomst der psychiatrie lijkt het mij meer en meer wenselijk het denken in de maatschappij te onderwerpen aan analyses zoals Foucault (9, 10),

Lefebvre (19) en ook Orwell (26) ondernomen hebben. Het is waarschijnlijk overbodig tenslotte nog op te merken dat, wat eventuele toepasselijkheid van Amerikaanse ervaringen in Nederland betreft, uiterst voorzichtig te werk gegaan moet worden.

## Literatuur

- 1 Arnhoff, F. N.: Social Consequences of Policy towards Mental Illness, *Science*, June 27 1975.
- 2 Arthur, R.: Social Psychiatry, *American Journal of Psychiatry*, 130: 841, 1973.
- 3 Baert, A. E.: De CMHC in de USA, *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 18: 434, 1976.
- 4 California State Employees Association: *Where have all the patients gone?* 1972, Sacramento.
- 5 Chu, F. D.: The Nader Report, *American Journal of Psychiatry*, 131: 775, 1974.
- 6 Chu, F. D. and Trotter, S.: *The Madness Establishment*, Grossman, New York, 1974.
- 7 Deutsch, A.: *The Mentally Ill in America*, Columbia U. Press, New York, 1949.
- 8 Doll, Wm.: Families Coping with the Mentally Ill, *Hospital and Community Psychiatry* 27: 183, 1976.
- 9 Foucault, M.: *Naissance de la Clinique*, Presses Universitaires de France, Paris, 1963.
- 10 Foucault, H.: *Surveiller et Punir*, Gallimard, Paris, 1975.
- 11 Fox, P. D. and Rappaport, M.: Some Approaches to evaluating CMHC Services, *Archives of General Psychiatry*, 26: 172, 1972.
- 12 Greenblatt, M. Ed.: Symposium: Follow-up of Community Care, *American Journal of Psychiatry*, 133: 916, 1976.
- 13 Holden, C.: CMHC, Storefront Therapy and more, *Science*, 174: 1214, 1971.
- 14 Jolliff, J. W.: Community Service by an Eclectic Private Psychiatrist, *American Journal of Psychiatry*, 131: 976, 1974.
- 15 Klerman, G.: Current Evaluation Research, *American Journal of Psychiatry*, 131: 783, 1974.
- 16 Kubie, L.: Community Psychiatry, *Archives of General Psychiatry*, 18: 264, 1968.
- 17 Lamb, H. R.: Demise of the State Hospital, a premature obituary, *Archives of General Psychiatry*, 26: 489, 1972.
- 18 Van De Lande, J. L.: Wie vervangt de psychiater? *Tijdschrift voor Psychiatrie*, September 1975.
- 19 Lefebvre, H.: *La Vie Quotidienne dans le Monde Moderne*, Gallimard, Paris, 1968.
- 20 Lubin, B.: Correlaties of Initial Treatment Assignment in a CMHC, *Archives of General Psychiatry*, 29: 497, 1973.
- 21 Luft, S., Newman, D. E.: Effects of Peerreview on Outpatient Psychotherapy, *American Journal of Psychiatry*, 133: 891, 1976.
- 22 Mechanic, D.: *Mental Health and Social Policy*, Prentice Hall, Englewood Cliffs N.J., 1969.
- 23 Murphy, H. B. M.: Methods of Evaluating a CMHC-Program, *J. of the Canadian Psychiatric Association*, 16: 525, 1971.

- 24 Nader, R.: *The Mental Health Complex*, Center for the Study of Responsive Law, Washington D.C., 1972.
- 25 Newman, D. E.: The Peer Review Process, Education vs. Control, *American Journal of Psychiatry*, 131: 1363, 1974.
- 26 Orwell, G.: Politics and the English Language, in: *The Orwell Reader*, Harcourt, New York, 1956.
- 27 Panzetta, A. F.: Survey of Attitudes of Departmental Chairmen towards CMHC, *American Journal of Psychiatry*, 130: 175, 1973.
- 28 Pattison, E. M.: A Code of Ethics for a CMHC Program, *Hospital and Community Psychiatry*, 27: 29, 1976.
- 29 Raskin, D. E.: Participatory Management in Psychiatry, *American Journal of Psychiatry*, 130: 219, 1973.
- 30 Hollingshead, A. B.: Redlich, *Social Class and Mental Illness*, Wiley, New York, 1958.
- 31 Rosenthal, D.: *Genetic Theory and Abnormal Behavior*, McGraw-Hill, New York, 1970, p. 11.
- 32 Shearer, M.: Unexpected Effects of an Open Door Policy on Birth-rates of Women in State Hospitals, *American Journal of Orthopsychiatry*, 28: 413, 1968.
- 33 Smith, W. G.: CMHC and the Seriously Disturbed Patient, *Archives of General Psychiatry*, 30: 693, 1974.
- 34 Thompson, S. and Associates: *Community Mental Health Services in San Francisco*, a Report prepared for the City, July 1976. (Stencil.)
- 35 Treffert, D. A.: Havens for the Worried Well, *U.S. Medicine*, June 1, 1976.
- 36 Udell, B.: Good Patients and Bad, *Archives of General Psychiatry*, 32: 1533.
- 37 Uimer, A. H.: Implications of the New California Mental Health Law, *American Journal of Psychiatry*, 132: 251, 1975.
- 38 Vaughan, W. T.: The Private Practice of Community Psychiatry, *American Journal of Psychiatry*, 130: 24, 1974.