

Kritische psychiatrie of diskriminerende psychiatrie?

door Dr F. van Ree*

Op het terrein van de geestelijke volksgezondheidsontwikkeling vallen een aantal verschijnselen de laatste jaren sterk op.

1 — Er bestaat sterke kritiek op bepaalde werkwijzen, vooral in de derde echelonsvoorzieningen, de psychiatrische ziekenhuizen. Enige bezwaren hiertegen zijn:

(a) Misbruik van psychofarmaka, hetzij door te hoge doseringen, hetzij door te langdurige toedieningen. Men spreekt van 'chemisch dwangbuis' en 'platspuiten'.

(b) Toepassing van isoleermethoden, elektroshockbehandelingen en diverse vrijheidsbeperkingen, zoals afsluiten van deuren, bezoekverbod, korrespondentiecensuur etc. Hierbij varieert de kritiek van het oordeel dat zulke middelen geheel ten onrechte worden gehanteerd tot de opvatting, dat ze teveel en/of op onjuiste indicatie worden gebruikt. Daarbij wordt tekort aan vooral ook verbale hulpverlening tevens aangewezen als faktor die de onder a en b genoemde middelen maakt tot kille, onhumane vervreemdende en beschadigende invloeden.

(c) Verwaarlozing of zelfs onderdrukking van de rechten van de (opgenomen) patiënt, waarbij de kritiek zowel de problematiek van de met juridische maatregelen opgenomen alsook die van de zgn. vrijwillig gehospitaliseerden betreft. In het eerste geval konsenteert men zich op de verouderde K.Z. wet van 1884 en de voorgestelde verandering daarvan in de geplande W.B.O.P.Z.¹, ². In het overige gaat het bij de rechteloosheid ook om kwesties als leefregels binnen het ziekenhuis, gebrek aan privacy, onmondigheid bij bepaling van het behandelingsplan, onvoldoende voorlichting³ etc.

2 — Er bestaat (mede ten gevolge van de onder 1 genoemde verschijnselen) een sterke neiging tot veranderingen zoals:

(a) Verlegging van de behandelingsprioriteit naar tweede en eerste echelon. Men wil opname in de psychiatrische ziekenhuizen met hun hospitalisme-bewerkstellende en stigmatiserende invloed voorkomen.

(b) Verbetering van de kwaliteit van de hulpverlening binnen de

* Zenuwarts, Psychiatrisch ziekenhuis 'Vogelenzang', Bennebroek (N.H.)

psychiatrische ziekenhuizen zelf, o.a. door middel van:

- het ombouwen van de traditionele afdelingen met hun sterk piramidaal-hierarchische (staf)structuren tot leefgemeenschappen met meer horizontaal werkende lokale teams^{4, 5} en met het betrekken van de opgenomenen in de planning van hun eigen behandeling^{6, 7} en bij het opstellen van de leefregels in de leefgemeenschap.
- het bevorderen van bouwkundige veranderingen die de masaliteit bestrijden en privacy bevorderen, waar mogelijk samengaand met verkleining van de totale opnamecapaciteit van het ziekenhuis.
- het aanbrenge van differentiatie binnen het ziekenhuis, voerend tot meer op bepaalde probleemgebieden gerichte behandelingseenheden met daarvoor specialistisch opgeleide hulpverleners. Hierbij ontstaan ook multidisciplinaire teams. Zo kennen wij b.v. geriatische units, resocialisatie-afdelingen, afdelingen voor kortdurende hulpverlening etc.
- het vervangen van de zgn. 24 uren (volledige) opname door deelopname. Deels geschiedt dit door werkwijzen waarbij de opgenomenen vaak al van de aanvraag af week- en/of dagdelen buiten het ziekenhuis verblijven, deels bevordert men dit via het zgn. gefrakteerde ontslag. Ook ontstaan binnen de psychiatrische ziekenhuizen als derde echelonsvoorzieningen poliklinieken, dag- en nachtziekenhuisvoorzieningen en diverse soorten halfway instellingen (hostels, sluizen etc.). De situatie is thans reeds zo, dat de bekende standaard van de beddenkapaciteit eigenlijk onbruikbaar is geworden. Het psychiatrisch ziekenhuis moet allang niet meer beschouwd worden als een instelling waarbinnen 24 uren 'bedverpleging' plaats vindt.

3 — Ook in de theorie en praxis van de eigenlijke behandeling zijn zeer opvallende ontwikkelingen gaande. Ik noem slechts een enkele.

(a) Talloze nieuwe vormen van therapie of althans therapievormen die de aksenten van bepaalde aspecten van het intentionele beïnvloedingsproces anders leggen dan voorheen doen hun intrede: Rogeriaanse therapie, Gestalttherapie, transaktionele analyse, bioenergetische therapie, bewegingstherapie, sociodrama therapie, gedragstherapie e.d. naast vormen van aktiviteitentherapieën zoals muziektherapie en creatieve therapieën (schilderen, beeldhouwen etc.).

(b) Bij vele van deze nieuwere werkwijzen wordt het aksent verschoven van het historisch model met overdrachtsanalyse (zoals b.v. in de klassieke psychoanalyse) naar het werken aan de direkte beïnvloeding van de aktuele ervaring en kommunikatie ('werken in het hier en nu'). Bij een deel wordt vooral gestreefd naar nondirektiviteit (b.v. vooral bij de Rogeriaanse werkwijzen), bij anderen meer naar direktiviteit (b.v. de gedragstherapie).

(c) De toepassing van deze methoden geschiedt vaak door andere dan medisch opgeleide werkers, zoals psychologen, andrago-

gen en in toenemende mate ook door B-verpleegkundigen^{8, 9} en non-professionelen. Hierdoor kan het aantal beschikbare 'behandelaars' aanzienlijk vergroot worden.

(d) Het werken aan en met directe interactie geschiedt steeds meer in groepsverband. Verschillende vormen van groepstherapie en relatietherapieën ontstaan, waaronder vooral ook (echt)-paren- en gezinstherapie een belangrijke plaats gaan innemen.

(e) Samen met de hiervoor genoemde vernieuwingen komt regionalisatie steunend op sociaalpsychiatrische hulpvoorzieningen tot ontwikkeling.

(f) Tezelfdertijd treedt verfijning van de psychofarmakologische hulpverlening op, waarbij er naar gestreefd worden om target gericht en daarmee specifiek te werken en om overdoseringen te voorkomen. Naast major en minor tranquillizers hebben antidepressiva en meer recent ook de lithiumverbindingen een zuiverder indikatieterrein gevonden¹⁰.

Ik ben in de voorgaande opsommingen zeker verre van volledig geweest. Over het algemeen ben ik voorstander van de geschetste kritiek alsook van de aangeduide veranderingen. Dit artikel schrijf ik echter, omdat ik mij tezelfdertijd ernstig bezorgd maak. Ik meen dat bij al dit goede toch een gevaarlijke adder onder het gras schuilt. Om deze vrees te kunnen verduidelijken geef ik eerst nog kort enige uitgangspunten.

Psychiatrische ziekenhuizen zijn derde echelonsvoorzieningen, die voorlopig niet zullen verdwijnen. Er verblijven daar duizenden voor wie erbuiten (nog?) geen adequate opvangmogelijkheden bestaan. Deze veelal sterk hospitalistische mensen mogen onder geen voorwaarde om economische redenen naar goedkopere voorzieningen van mindere kwaliteit worden overgeplaatst. Het streven naar een 'goede doorstroming' binnen de psychiatrische ziekenhuizen en een eventueel willen omlaagdrukken van de gemiddelde verblijfsduur van de daarin opgenomen patiënten, kan leiden tot het uitstoten van deze mensen naar zeer ongewenste situaties^{11, 12}. Ook zal de derde echelonsvoorziening waarschijnlijk moeten blijven bestaan, omdat steeds opnieuw mensen in zeer ernstige ontreddeering zullen geraken, die daarvoor intensieve, langdurige en specialistische hulp nodig hebben. Wel zal daarbij mogelijk meer en meer de nadruk komen te liggen op ernstig cerebraal beschadigden: posttraumatische toestanden, verslavingsziekten, geriatrieische aandoeningen, degeneratieve aandoeningen (chorea van Huntington, presentiele dementieën), postoperatieve toestanden etc. Natuurlijk sluit dit alles niet uit, dat in de toekomst de psychiatrische ziekenhuizen verder verkleind en in aantal verminderd kunnen worden.

Om de verschuiving naar eerste en tweede echelon te kunnen steunen, dienen de ingangsdrempels van de psychiatrische ziekenhuizen te worden verhoogd en de uitgangsdrempels verlaagd. Verhoging van de ingangsdrempels betekent echter, dat men bin-

nen die ziekenhuizen alleen de 'ernstigste patiënten' moet behandelen. De aan de psychiatrische ziekenhuizen verbonden poliklinieken zullen goed werk doen, wanneer zij als een van hun voornaamste taken het hooghouden van deze drempels zien en trachten zoveel mogelijk naar tweede en eerste echelon terug te verwijzen.

Wat moeten wij echter voor criteria hanteren voor de rubricering: 'ernstige patiënten'? Enkele 'maten' hiervoor zijn:

1 — sterke emotionele ontregeling; b.v. hevige angst met eventueel suicidaliteit, hevige agressie met mogelijk fysieke gewelddadigheid e.d.; veelal zal een zeer hevige naar buiten kerende (acting-out) emotionaliteit bij jongere mensen in ernstige nood worden waargenomen;

2 — sterke sociale ontreddering door:

- a verlies van relaties zoals door sterfte, echtscheiding etc.; vaak zullen hier ook bejaarden het slachtoffer zijn;
- b verlies van redzaamheid door ontslag uit het werk (vooral op oudere leeftijd), lichamelijke invalidisering etc.;
- c verlies van huisvesting door echtscheiding, vernieling van de woning (brand, amovatie etc.) e.d.;
- d ernstige juridische moeilijkheden ten gevolge van delikten, zoals bij t.b.r.;

3 — een hoge mate van verlies aan 'reality testing', zoals ten gevolge van waanideeën en/of waarnemingsstoornissen (hallucinaties, sterke bewustzijnsafdelingen en zeer uitgesproken geheugenverlies);

4 — sterke therapieresistentie door:

- a langdurig bestaan van de ervarings- en/of gedragsmoeilijkheden (eventueel ondanks reeds veel voorafgegane therapie); vaak zal het langdurige bestaan van de verschijnselen deze vaster ingeslepen hebben; nogal eens is dan bovendien de leeftijd van de betrokkene hoger;
- b moeilijker bereikbaarheid van de patiënten ten gevolge van de verschijnselen zojuist onder 3 genoemd; bij deze patiënten is immers vaak de verstaanbaarheid ten gevolge van de opgetreden taalveranderingen (verwardheid, metaforie en symbolisme) sterk beperkt; vooral voor hulpverleners die weinig of geen ervaring hebben met deze patiënten en daarvoor niet zijn opgeleid is dit een therapiebemoeilijkende factor, (overigens is zelfs het geringere verbale vermogen van minder begaafden voor veel hulpverleners al een oorzaak van therapeutisch onvermogen).

Wanneer wij deze 4 'maten' nu bezien in relatie tot de eerder besproken veranderingstendenzen, dan worden een aantal elkaar tegenwerkende trends zichtbaar.

— Hoe sterker emotioneel ontregeld, des te meer kans dat de zo terecht bekritiseerde 'dwangmaatregelen' onontkoombaar zijn: tranquillisering (platspuiten), separatie, eventueel elektroshock behandelingen (b.v. bij zeer ernstig lijden ten gevolge van anderszins onbeïnvloedbare depressie en bij levensge-

vaar bij perniciëuse psychosen). Uiteraard zal men ook bij zulke noodgedwongen toepassingen zo veel mogelijk moeten minimaliseren en humaniseren (b.v. begeleiding in de separatuurruimte en zo kort mogelijke separatie).

- Hoe sterker de sociale ontredde-ning, des te moeilijker zal vaak de resocialisatie zijn en des te langduriger en vollediger zal eventueel de hospitalisatie zijn. Sterke sociale ontredde-ning werkt het streven naar kortdurende opname en deelbe-handeling tegen.
- Hoe sterker het verlies aan reality testing, hoe moeilijker vele van de nieuwe niet psychofarmakologische therapieën kun-nen worden toegepast, vooral ook als het gaat om verbale beïnvloeding in groepsverband. Ook hier herkennen wij de onder 4b genoemde vorm van therapieresistentie. Juist de moeilijke toepasbaarheid van de modernere niet-farmakolo-gische behandelingsmethoden maakt werkers als psychologen, agologen en B-verpleegkundigen, die in de regel worden op-geleid voor hulpverlening aan minder vergaand ontregelde mensen of zoals de laatst genoemden voor 'psychotherapeu-tische' behandeling zelfs helemaal geen opleiding ontvingen, machteloos. Ook zullen sterke emotionele ontregeling en groot verlies aan reality testing veelal meer direktiviteit bij het intentionele beïnvloedingsproces nodig maken. Men kan b.v. bij een onder invloed van alcohol verkerende alcoholist de mens wel nondirektief en democratisch willen benaderen, doch de meesturende C_2H_5OH laat zich niet demokratiseren. Met andere woorden: sterk verlies aan reality testing en grote emotionele ontregeling maken nondirektievere benade-ringen, zoals de Rogeriaanse, minder goed bruikbaar.
- Hoe langduriger de gedrags- en ervaringsmoeilijkheden bij de patiënt bestaan en vooral ook hoe groter daarbij de reeds ge-konsumeerde hulpverlening is geweest, des te langer zal de behandeling en daarmee de opname vaak duren. Ook ziet men vaak dan meer neiging om deze zgn. chronische patiën-ten te gaan benaderen met behulp van meer gedragstherapeu-tische middelen, zoals soms zelfs token-economy systemen¹³. Het betreft hier bovendien vaak wat oudere patiënten. De hier aangeduide therapieresistentie werkt het streven naar kortdu-rende opnamen tegen. Juist bij de oudere langduriger ontre-gelde patiënt is snel en volledig therapeutisch sukses moeilij-ker te bereiken, wat voor veel werkers ontmoedigend is en hen minder gemotiveerd maakt tot de hulpverlening in deze sektor.

Het grote gevaar zou nu kunnen ontstaan, dat de derde echelons psychiatrische ziekenhuizen, om aan de huidige kritiek te ontko-men, om met de modernere ontwikkelingen mee te kunnen gaan, om de personeelsvoorziening op peil te kunnen houden en om de arbeidsbevrediging van de hulpverleners die er werken zo hoog mogelijk te maken, bewust of onbewust hun opnamebeleid selek-

tief gaan afstemmen, zodanig dat de ernstigst emotioneel ontregelde (vaak jongere) mensen en de langdurigst ontregelde (vaak oudere) mensen minder worden opgenomen. Daarnaast zouden zij dan de chronisch gehospitaliseerden op ongewenste manier kunnen gaan verwijderen uit hun milieu. Over deze laatste mogelijkheid wil ik hier niet verder spreken. Ik heb elders gewezen op gevaren van zulke handelwijzen¹⁴ en tevens op mogelijk betere oplossingen¹⁵. Op de selectieve opname wil ik nader ingaan.

Wanneer deze neiging bestaat, zal men kunnen verwachten dat de opnamedrempel verhoogd zal worden voor de sterkst emotioneel ontregelde jongere mensen en voor de langduriger (vaak oudere) in moeilijkheden verkerende, terwijl die voor de jongere overigens over het algemeen verlaagd zou worden. Met andere woorden: men zou in tegenstelling tot wat van een derde echelonsvoorziening zou moeten worden verwacht een verlaging van de drempel voor de minst ernstige patiënten en een verhoging van de drempel voor de ernstigste patiënten gaan instellen. De derde echelons psychiatrische ziekenhuizen gaan zich dan opstellen als tweede of zelfs eerste echelonsvoorzieningen. Bestaan er nu inderdaad aanwijzingen voor zulke neigingen? Ik geloof van wel.

Een typische categorie van de zeer 'moeilijke jongere patiënten' zijn de drugverslaafden, met name die aan stimulantia. Ik heb van vele kanten vernomen dat men in eerste en tweede echelon telkens stuit op enorme moeilijkheden om deze mensen in de psychiatrisch ziekenhuizen opgenomen te krijgen. Ook het psychiatrische ziekenhuis 'Vogelenzang' remt de opname van deze mensen al geruime tijd sterk af. (Een zeer verwante categorie is die van de meer of minder chronische alcoholisten, die niet of nauwelijks zonder direktieve benadering te helpen zijn en waarvoor ook telkens opnamestops worden gehanteerd.) De moeilijkste behandelingsfase bij de ernstigste verslaafden^{16, 17}, dat wil zeggen wat betreft het acting-out gedrag en waarbij derhalve veel direktieve benadering nodig is, is de zgn. 'afkickfase'. Bij opname in verschillende (overigens terecht goed bekend staande) behandelingsinstituten die onderdeel zijn van de derde echelonsvoorzieningen, zoals b.v. de Emiliehoeve, wordt als opnamekriterium gehanteerd dat 'de afkick' eerst elders moet hebben plaats gevonden. Het grote aantal suicides (het nemen van overdoses in kraakpanden) is in de pers geregeld te lezen. Dit zou wel eens mede het gevolg kunnen zijn van de door mij veronderstelde ontwikkelingen. Een andere waarschuwing klinkt door in de veel door de inspektie van de geestelijke volksgezondheid geuite klacht, dat men ernstig onrustige (vaak ook chronische) patiënten uit psychiatrische ziekenhuizen verwijdert, omdat ze daar 'niet te handhaven of te behandelen zijn'. Het gaat hierbij vaak om personen van 40 jaar en ouder. Men moet zich m.i. bij zulke situaties wel afvragen waar deze in allerernstigste nood verkerende mensen dan wel heen moeten gaan. Ook binnen het psychiatrisch ziekenhuis 'Vogelenzang' zijn de spanningen rodome deze mensen tegen-

woordig vaak bijzonder groot en men worstelt er met problemen om afdelingen te vinden waar men in staat meent te zijn om deze mensen hulp te verlenen. Ook bemerkt men in 'Vogelenzang' dat nog al eens deze zgn. moeilijke mensen uit psychiatrische ziekenhuizen in de omgeving worden ontslagen, waarna bij hernieuwde decompensatie heropname aldaar onmogelijk blijkt. Overigens betreft het tot dusverre slechts een zeer gering aantal patiënten van het totale opname aanbod (d.w.z. de ernstigst onregelde jonge drugverslaafden en de oudere chronische onrustige moeilijke patiënten).

Zijn er echter ook aanwijzingen dat de psychiatrische ziekenhuizen inderdaad bij voorkeur jongere (en toch minder ernstig onregelde) patiënten gaan behandelen? Ik heb daartoe enkele kleine steekproefjes genomen.

Dagziekenhuisvoorzieningen kan men o.a. in twee vormen voorstellen. De ene is die, die ik als tweede echelonsvoorziening zou willen typeren: het Amerikaanse model. Hiervoor zie ik als een belangrijke taak de preventie van opname in het derde echelon. De andere is het dagziekenhuis met als belangrijkste taak op te treden als deelvoorziening voor uit het psychiatrisch ziekenhuis ontslagen psychiatrische patiënten om via deze weg te komen tot volledige resocialisatie: het Russisch model. Wanneer men op of bij het terrein van het psychiatrisch ziekenhuis en daar organisatorisch mee verbonden een dagziekenhuis wil creëren, dient men dit m.i. in de eerste plaats te gebruiken in de laatstgenoemde zin. Opnamepreventie is primair een tweede echelons dagziekenhuistaak, ontslagbevordering een derde echelons dagziekenhuistaak. Dagziekenhuizen van het tweede echelon zullen uiteraard vaak te maken hebben met mensen die minder ernstig ontegeld zijn, zodat volledige opname nog te voorkomen is. Ook zulke dagziekenhuizen zullen echter dezelfde neigingen kunnen gaan ontwikkelen als de door mij gevreesde in de derde echelonssector, namelijk om de 'minder ernstige gevallen' bij voorkeur hulp te gaan verlenen. Deze trend kan men ook wel omschrijven als het bij voorkeur behandelen van 'yaviskliënten'^{18, 19} (y = young, a = attractive, v = verbal, i = intelligent, s = successful). Hetzelfde zou trouwens kunnen worden waargenomen binnen (socio)therapeutische gemeenschappen in de psychiatrische ziekenhuizen. Anders gesteld: als mijn vrees juist is, zal in de meest 'progressieve behandelingsunits' een verschuiving optreden naar yaviskliënten, ten detrimente van de overigen. Waar dit in het tweede echelon ongewenst zou zijn, zou men dit in het derde echelon bepaald desastreus moeten noemen.

Het vergt veel tijd en werk om zulke veronderstellingen betrouwbaar te toetsen en ik meen dat zo'n onderzoek desondanks nuttig en zinvol zou zijn. Zoals gezegd, ik heb slechts naar mogelijke aanwijzingen gezocht. Aan welke criteria toetst men het begrip yavisklient?¹⁹ Ik heb slechts getracht om een van de weinige harde variabelen te bezien, namelijk het leeftijds criterium. Ik heb daartoe naast elkaar gezet de gemiddelde leeftijd van de per april

1975 in diverse settings opgenomen patiënten en enkele gevallen ook vergeleken met die op eerdere data.

Derde echelon

Psychiatrisch ziekenhuis 'Vogelenzang'

1 Afdeling Zuideroord. Functie: sociotherapeutisch gemeenschap voor voortgezette behandeling (opnameduur 3 maanden tot 2 jaar), voor mannen en vrouwen.

Eind april 1969: 52 patiënten, gemiddelde leeftijd: 41 jaar
april 1975: 45 patiënten, gemiddelde leeftijd: 27,5 jaar

2 Opname afdeling mannen (uitgezonderd geriatrie)

april 1975: 45 patiënten, gemiddelde leeftijd: 42,6 jaar

3 Opname afdeling vrouwen (uitgezonderd geriatrie)

april 1975: 51 patiënten, gemiddelde leeftijd: 41,4 jaar

4 Dagziekenhuis (terrein 'Vogelenzang')

april 1975: 13 patiënten, gemiddelde leeftijd: 32,5 jaar

Psychiatrisch ziekenhuis 'St. Bavo'

Afdeling De Spiegelberg. Functie: psychotherapeutisch instituut.

april 1975: 18 patiënten, gemiddelde leeftijd: 26,4 jaar

Graag wil ik hierbij aantekenen, dat van de psychiatrische ziekenhuizen die ik om gegevens vroeg St. Bavo de enige was die mij tot dusverre antwoord gaf.

Van belang is verder te vermelden, dat in het psychiatrisch ziekenhuis 'Vogelenzang' uitgebreide geriatrische voorzieningen bestaan die zelfs ongeveer 50% van alle patiënten omvatten, waardoor zeker in de totaal opzet geen sprake is van yavisontwikkelingen. Opvallend was echter wel dat bij het statistisch jaaroverzicht van de laatste jaren duidelijk zichtbaar wordt, dat er een daling is in het percentage opgenomen patiënten van middelbare leeftijd, een duidelijke stijging in de jonge categorie en een lichte stijging in de geriatrische sektor!

Tweede echelon

S.J.P. Dercksen-centrum te Amsterdam

Dagcentrum voor mannen en vrouwen

okt. 1973: 101 patiënten, gemiddelde leeftijd: 28,8 jaar

aug. 1974: 101 patiënten, gemiddelde leeftijd: 26,1 jaar

april 1975: 101 patiënten, gemiddelde leeftijd: 26,9 jaar

Vermeld moet worden dat men in dit centrum zichzelf reeds geruime tijd beraad op mogelijkheden om deze 'jeugdvoorkeur' eventueel tegen te gaan. Mogelijk is de lichte stijgingstendens daar al een gevolg van.

Uiteraard zijn de gegeven cijfers en suggesties voor meerdere uitleggen vatbaar, maar ze zijn zeker niet strijdig met de gedachte, dat de modernere voorzieningen zich meer gaan richten op de yavisklienten en dat dit zelfs een trend is die zich voortzet binnen de derde echelonsvoorzieningen. Indien dit een juiste veronderstelling zou blijken te zijn, is dat m.i. een uiterst bedenkelijke ontwikkeling. Ik heb dit artikel geschreven om te waarschuwen tegen mogelijke gevaren die kleven aan opvattingen als zou elke

direktiviteit en dwang binnen de geestelijke volksgezondheidszorg onjuist en vermijdbaar zijn en als zou democratisering identiek zijn van 'volledig ongebonden zelfontplooiing'. Zulke stellingen kunnen voeren tot hypertrofie van het individualiteitsbeginsel, ten koste van het sociale aspect van de mens, waarbij therapie als intentionele beïnvloeding overgaat in verwaarlozing en juist de in grootste nood levende mensen uit het hulpverleningsveld worden uitgestoten en veroordeeld tot vereenzaming en/of verblijf in 'strafinstellingen'. Kritische psychiatrie dreigt zo te ontaarden in diskriminerende psychiatrie.

Literatuur

- 1 F. van Ree, *De rechteloosheid van de opgenomen psychiatrische patiënt*. Publikatie psychiatrisch ziekenhuis 'Vogelenzang' te Bennebroek, 1e uitgave maart 1974, 2e gewijzigde uitgave december 1974 (niet in de handel).
- 2 F. van Ree, De krankzinnigenwet in Nederland. *Wetenschap en Samenleving*, mei 1974.
- 3 F. van Ree, Enkele problemen in een sociotherapeutische gemeenschap. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, februari 1972.
- 4 F. van Ree, *Ombouw van psychiatrische ziekenhuizen*. Publikatie psychiatrisch ziekenhuis 'Vogelenzang' te Bennebroek, februari 1974 (niet in de handel).
- 5 G. Houwink, Veranderend Santpoort — in de organisatie (participatie). *Tijdschrift voor Psychiatrie*, mei 1975, jrg. 17.
- 6 I. A. M. van Eck, Veranderend Santpoort — in de wijze van behandelen (behandelplan). *Tijdschrift voor Psychiatrie*, mei 1975, jrg. 17.
- 7 P. Bierenbroodspot, Veranderend Santpoort — in de wijze van samenwerken (behandelteam). *Tijdschrift voor Psychiatrie*, mei 1975, jrg. 17.
- 8 F. van Ree, Parengroeptherapie in relatie tot de bijscholing van B-verpleegkundigen, deel I en II. *Tijdschrift voor Ziekenverpleging*, 5-11-1974 en 19-11-1974, nrs. 36 en 37.
- 9 F. van Ree, *Opleiding B-verpleegkundigen*. In voorbereiding.
- 10 H. M. van Praag, *Psyche aan banden*, beschouwingen over biologische psychiatrie en psychofarmakologie. Erven Bohn, Amsterdam, 1974.
- 11 Aktiegroep Medicijnen Nijmegen, Psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg. In: *Gezondheidszorg in Nederland*. Sun 69, Nijmegen, 1973.
- 12 Rootless Wanderers. *Brit. Med. Journal*, London, 7-7-1973.
- 13 B. de Ruiter, Token economy, een motiverende omgeving voor chronische patiënten. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, maart 1975, jrg. 17.
- 14 F. van Ree, Suicidegevaar bij revalidatie van geïnstitutionaliseerde psychiatrische patiënten. *Tijdschrift voor Ziekenverpleging*, januari 1969, nr. 1.
- 15 F. van Ree, Groepsontslag kontra hospitalisme? *Metamedica*, januari 1975, 54 jrg., nr. 1.
- 16 F. van Ree en J. Hartman, Behandeling van ernstig verslaafden in een sociotherapeutische gemeenschap. *Feiten*, oktober 1973, jrg. 10, nr. 1.
- 17 F. van Ree, *Drugs, verslag in de breedte*. Spectrum, Utrecht - Antwerpen, 1973, 3e druk, Prismaboeken 1485.
- 18 W. Schofield, *Psychotherapy, the purchase of friendship*. Englewood Cliffs, N.J., Prentice Hall, 1964.
- 19 A. P. Goldstein, *Psychotherapeutic attraction*. Pergamon Press, N.Y., 1971.