

## ENKELE ASPECTEN VAN HET PSYCHIATRISCH CENTRUM IN DE BRANDING VAN DEZE TIJD

door Dr. F. M. MEIJERS, internist

Na de tweede wereldoorlog, ik vermoed sinds omstreeks 1960 is zich een verschuiving beginnen te markeren in de soort patiënten die werd opgenomen in de psychiatrische inrichtingen. Die verschuiving staat in nauw verband met de maatschappelijke en culturele situatie waarin wij ons thans bevinden. Het doel van deze bijdrage maakt het daarom gewenst eerst iets meer te zeggen over deze tijd die, met veel recht een *tijdsgewricht* genoemd kan worden.

Tijdens een congres in Edinburgh (1969), onder de algemene titel: 'Towards a healthy community', hield de socioloog *Eric Trist* een voordracht met als onderwerp: 'The challenge of the next thirty years'.<sup>1</sup> Hij gaat daarbij uit van de stelling dat wij in een overgangstijdperk leven; dat wij schoksgewijs bezig zijn ons te onttrekken aan een industriële maatschappij- en cultuurvorm, maar ons nog niet bevinden in een min of meer gestabiliseerde post-industriële periode. De huidige overgangperiode ziet hij als een 'drift', als een afdrijven dus. Met dat woord wil hij aangeven dat wij het proces niet onder controle hebben, laat staan dat wij het beheersen. Daardoor lopen wij groot gevaar in kritieke situaties te geraken waardoor onze levens onregelbaar dreigen te worden.

De voordracht ompant verscheidene gebieden van de westerse samenleving. Op één van de facetten die *Trist* aanroert wil ik iets nader ingaan, en wel op de culturele waarden. Wat deze betreft noemt hij vier hoekstenen van de industriële periode: (1) prestatie (achievement), (2) zelfbeheersing, (3) onafhankelijkheid en (4) dulzaamheid ten overstaan van nood en ellende. Daartegenover zijn lijstje voor de nog in statu nascendi zijnde post-industriële periode: (1) het zich zelf willen zijn (self actualization), (2) zelf expressie, (3) afhankelijkheid van- en saamhorigheid met de ander (interdependence) en (4) het instaat zijn tot geluksgevoel (capacity for joy). Voor de industriële periode zou ik daaraan nog willen toevoegen: geldingsdrang, tegenover, in de opkomende periode, het gevoel dat het daar allemaal niet meer zo op aankomt.<sup>2</sup> Men hoeft maar naar veel adolescenten van tegenwoordig te kijken om te zien dat deze metamorfose in gang is, maar ook hoe dat proces vaak in botsing komt met de traditionele eisen van onze huidige samenleving. Die botsing veroorzaakt een stress waarvan ik aanneem dat de overgrote meerderheid der jongere generatie die zal weten te overwinnen; de meerderheid door een zekere aanpassing, een kleine minderheid door het vinden van een uitweg uit de strijd om het bestaan naar een veiliger plaats. Ik moet mij afvragen in hoeverre wij hier terecht gekomen zijn binnen het denkraam van de metabletica van *J. H. van den Berg*.<sup>3</sup>

Het tragische is echter dat er een fractie is, die zich niet weet te handhaven en, al of niet via de een of andere subcultuur bij een hulpverlenende instantie terecht komt (J.A.C., Release bv.) of bij de psychiater, zo niet bij de strafrechter. Bij deze groep voegt zich een tweede, die zijn levensproblemen ook niet zelf áán kan en uit zijn evenwicht is geraakt, maar die minder het slachtoffer is van de 'generatiekloof'; naar het mij voor komt bestaat echter ook hier verband met de zo langzamerhand chronisch wordende aardbeving aan welke de samenleving onderhevig is. In beide gevallen gaat het hier om een wanverhouding tussen last en draagkracht.

In het algemeen zijn deze mensen neurotici van wie men op het eerste gezicht zou zeggen dat zij niet in de klassieke psychiatrische inrichting thuis horen; ware het niet dat er zeer vloeiende overganggevallen zijn tussen wat nog een neurose is en wat een psychose. Daarover straks iets meer.

De voorgaande benadering is natuurlijk zeer aan de oppervlakte gebleven, onder welke zich de diepere lagen van de menselijke persoonlijkheid schuil houden. Ik meen dat veel psychiaters ervan overtuigd zijn dat een dieper borende psychotherapie bij de meeste van deze 'patiënten' niet nodig is (en bovendien praktisch niet goed uitvoerbaar) om hen op efficiënte wijze toch de helpende hand te reiken. Wil men het onberoerd laten van deze diepere lagen bestempelen met de naam: 'toedekkende therapie' dan is mij dat wèl. Mits dan maar precies wordt aangegeven wat er met die uitdrukking bedoeld wordt. Ik heb hem nl. door psychiaters ook wel horen gebruiken voor het zoveel mogelijk vermijden van alle verbale therapie en dat is toch wel iets anders.

Op de voorgaande zaken en problemen moest wel iets uitvoeriger worden ingegaan omdat sommige (vele?) psychiatrische inrichtingen meer of minder bevolkt zijn geraakt met dit soort devianten. Het meer of minder hangt gedeeltelijk af van de overgebleven bewegingsruimte, naast die welke wordt bezet door de chronische, ernstig gestoorden; gedeeltelijk door andere factoren, zoals therapeutische mankracht, poliklinische mogelijkheden, psychiatrisch beleidsinzicht, enz. In ieder geval vertoont het bestand van dit nieuwe soort 'patienten' de neiging om hand over hand toe te nemen. En de vraag is nu, in hoeverre die inrichtingen in staat en bereid zijn om voor deze categorieën ook te zorgen voor een aangepaste opvang. Het behoeft wel geen nader beoog, om zich een voorstelling te kunnen maken hoe formidabel die taak is, hoezeer hier alles nog in beweging is en in een experimenteel stadium, hoezeer alles nog een zoeken en tasten is dat alleen in een multi-disciplinaire arbeidsgemeenschap kan gebeuren.

Uitsluitend uit een operationeel oogpunt mag de bevolking van een psychiatrische inrichting dus verdeeld worden in twee groepen:

1 — de zwaar gestoorden, ernstig debielen en degenen met ernstige cerebrale of cerebro-vasculaire aandoeningen,

2 – de anderen die ik zonet als het nieuwe soort 'patienten' betitelde. Het zal hier verder uitsluitend over groep 2 gaan die, naar veler mening niet ziek is, geen patient is en voor welke term psychiatrisch ziekenhuis onjuist is. Voor een meer gedifferentieerde groepering moge ik verwijzen naar *Weyel* (pag. 15).<sup>4</sup> Weliswaar gaat het daar om spreekuur-'patienten', om neurotici; maar, zoals eerder gezegd is, zijn de overgangen tussen neurose en psychose dermate vloeiend, dat men *Weyel's* groeperingen, grosso modo ook voor groep 2 in de psychiatrische inrichting kan handhaven. Ik zou mij hier willen aansluiten bij *Lishman* waar hij schrijft: 'Much of the evidence suggests that the clinical pictures produced by psychotic and neurotic depressions, also the so-called involuntional depressions, merge gradually into one another, with only the extreme examples upholding the classical descriptions formerly found in psychiatric texts'.<sup>5</sup> Ik waag het, daar nog aan toe te voegen dat deze uitspraak niet alleen geldt voor depressieve toestanden. Ik moge hier ook verwijzen naar *Trimbos*<sup>6</sup> waar hij in zijn voorwoord (pag. 9), o.a. de volgende syndromen opsomt: 'stress, onmondigheidsgevoelens, geestelijke deprivatie, spanningen, depressies, deviante gedragsvormen, 'drop-out'-attituden, verslavingen, neurotische beklemmingen, levensangsten, vervreemding, psychische afwijkingen' – en elders (pag. 89): 'Anders dan de klinische psychiatrie die zich op een uitsluitend medisch model baseert en zich richt op patiënten d.w.z. mensen met geestesziekten, zien de sociale psychiatrie en psychische gezondheidszorg weinig verschil tussen deze zgn. geestesziekten (...) en sociaal devianten, psychosociaal deficiënte en dysfunctionerende mensen.

Therapeutisch wordt er bij deze mensen vooral gemikt op een resocialiseringsproces en de sociotherapeut neemt dan ook een centrale plaats in bij de behandeling en de begeleiding. Het spreekt haast van zelf dat de sociale psychiatrie daarbij onmiddellijk levensgroot om de hoek komt kijken; met dien verstande dat de laatste, *de Smit* volgend, eerder gericht is op een situatie dan op een persoon (pag. 93).<sup>7</sup>

Wat nu volgt – en dat is eigenlijk het uitgangspunt geweest van deze bijdrage – wil een poging zijn om tot een evaluatie te geraken van deze socio-therapieën. 'Therapie' is een beladen woord en het was misschien wijzer geweest als men begonnen was van 'training' te spreken. Historisch gezien wordt dat echter begrijpelijk als men bedenkt dat de huidige, veelzijdige en multi-disciplinaire socio-therapie vermoedelijk is gegroeid uit de klassieke arbeidstherapie welke reeds vóór 1927 door H. Simon was geïntroduceerd. Dat was dus in een periode, waarin de toenmalige psychiatrische inrichtingen – de 'krankzinnigengestichten' – voornamelijk bevolkt waren door de chronisch zwaar gestoorden, de ernstig dementen en debielen die er reeds vele jaren verbleven zonder dat zij iets zinnigs om handen hadden. Door die, voor hun geest welhaast dodelijke situatie was, wat er nog min of meer normaal bij hen

had kunnen functioneren, totaal verschrompeld en verdroogd. Die bezigheidstherapie heeft daarin een omwenteling teweeg gebracht. Van wat bij hen geheel leek afgestorven te zijn, bleek toch nog iets — en soms veel — gewekt te kunnen worden en geactiveerd. Een echt therapeutisch effect kon ondubbelzinnig aan het licht gebracht worden. Vooral na de tweede wereldoorlog versnelde zich een verschuiving naar wat ik eerder noemde groep 2. Parallel daarmee ontwikkelde zich in een snel tempo wat wij samenvatten onder de naam socio-therapie. Ik krijg de indruk dat het onmiskenbare therapeutische effect van de arbeidstherapie geëxtrapoleerd is naar de moderne socio-therapie, zonder eerst aan een wetenschappelijk experimentele fase onderworpen te zijn geweest. Het therapeutische effect ervan bij *deze* 'patienten' is daarom alleen al zo moeilijk te evalueren omdat zij aan te veel invloeden en manipulaties tegelijk onderhevig zijn (gunstige en ongunstige); van de dag dat zij werden opgenomen tot aan hun ontslag. De socio-therapie heeft zich in haar methodieken en evaluaties voortdurend uitgebreid, verfijnd en verdiept. Maar ik krijg wel eens de indruk dat zij een eigen leven is gaan leiden en ik ben wel eens bang dat zij het gevaar loopt een *l'art pour l'art* te worden. En dat vooral daar, waar de verbale therapie — verbaal in de meest uitgebreide zin van het woord — op de achtergrond dreigt te geraken, of al geraakt is en de socio-therapie haar overwoekert en daarmee min of meer in een vacuüm komt te hangen.

Men stelle zich nog eens voor om wat voor 'patiënten' het hier gaat: mensen die hun levensproblemen niet meer aan kunnen, die in de knoop zitten met zichzelf, met hun omgeving, met de samenleving in het algemeen. Mensen die tevergeefs gevlucht zijn in sub-culturen, die druggebruikers zijn geworden of alcoholisten. Mensen, wier persoonlijkheidsstructuur hen misschien al had voorbeschikt om uit de boot te vallen, hetzij door aanleg, hetzij door ongunstige jeugdervaringen, hetzij door beide. Mensen met een verkeerd gerichte en niet beheerste agressiviteit, met suicide neigingen, met waanvoorstellingen. Mensen die daarbij nog zwak begaafd kunnen zijn of licht debiel.

Ik sta hier voor een levensgroot vraagteken. Het lukt mij niet om te aanvaarden dat al deze mensen *in essentie* anders geholpen kunnen worden dan door met hen te 'praten'. Met 'praten' doel ik op alle therapie waarbij het verbale element en communicatie essentieel zijn, dus ook groepstherapie, gemeenschapstherapie, psycho-drama, enz. Ook arbeidstherapie, bewegingstherapie, creatieve-, muziek- en speltherapie in zoverre daar een communicatief element aan te pas komt. Men zou zich deze laatste vijf vormen van therapie kunnen voorstellen binnen het beeld van de maatschappij van *George Orwell*, waar 'big brother' de leiding heeft, via luidsprekers zijn orders uitdeelt en via monitoren zijn onzichtbare controle uitoefent. Maar geen mens krijgt 'big brother' zelf te zien, laat staan te spreken. Zou er op die manier

iets van die therapieën terecht komen; bij het ontbreken van de sfeer die wel het therapeutisch klimaat' genoemd wordt? Mij lukt het in elk geval niet om dat positief aan te voelen. Mijn indruk is eerder dat deze vormen van socio- (ook wel genoemd activerende) therapie gezien moeten worden als een kader waarbinnen zich verbale therapie kan afspelen. Gezien het feit dat milieu-invloeden mede bepalend zijn voor het ontstaan en het in stand houden van affectieve gedragsstoringsen, wordt thans wel algemeen erkend dat de contacten van deze 'patienten' eigenlijk mede in de strategie en de taktiek van de hulpverlening betrokken dienen te worden; al is dat praktisch niet altijd uitvoerbaar. Hetzij dat die contacten therapeutisch actief moeten medewerken, hetzij dat zij zelf therapie behoeven, hetzij beide tegelijk. Intussen zijn de eerste stappen in die richting hier en daar al gezet. De psychiater is daarbij geen alleenheerser, zelfs geen heerser meer. Het therapeutische arbeidsveld moet bewerkt worden door een arbeidsgemeenschap met (gedrags)psychologen, verpleegkundigen, socio-therapeuten, maatschappelijk werkers. Maar de schrik kan iemand wel eens om het hart slaan als men bedenkt wat er zoal nodig is bij die therapeuten om het gewenste therapeutische klimaat te doen ontstaan: een zekere mate van zelfkennis, aanvoelingsvermogen, scholing in gesprekstechniek, flexibiliteit, bereidheid tot dialoog, saamhorigheid. En zo zou men misschien nog kunnen doorgaan. Een en ander vereist, naast een behoorlijke en mogelijk een nogal langdurige scholing tevens een natuurlijke sensitiviteit, die men niet aan een ieder kan en mag toemeten. Ook hier zullen er wel meer geroepenen zijn dan uitverkorenen. Kortom, het is een formidabele taak. Ook uit eigen, zij het zeer beperkte ervaring, meen ik daarvan iets te begrijpen. Daarbij zwijg ik nog maar over de onvermijdelijke onderlinge spanningen in zulk een arbeidsgemeenschap. In theorie is het wenselijk, zo niet noodzakelijk, om ook de algemene maatschappelijke verhoudingen in het therapeutische arsenaal te betrekken. Door de sociale psychiatrie wordt wel de verzuchting geslaakt dat de psychiatrie de maatschappij niet kan veranderen. Op korte termijn is dat zeker waar. Toch meen ik dat er op langer zicht wel voor enig optimisme plaats is. Ik denk daarbij aan de milieu-bescherming. Begonnen als een soort hobby-club van enkele enthousiastelingen, is die in weinig jaren uitgegroeid tot een macht van tienduizenden, zo niet van honderdduizenden waarmee politici en overheidsinstanties terdege geconfronteerd worden. Zou iets dergelijks, hoewel misschien nog veel gecompliceerder, niet mogelijk kunnen zijn met de sociale psychiatrie?

Om terug te keren naar de psychiatrische inrichtingen: Wat voor de algemene ziekenhuizen moet gelden, geldt ook voor hen. Het streven moest er meer op gericht zijn om hun beddehuizen zo leeg mogelijk te houden, n'en déplaise de economische konsekwenties daarvan. Tijdens een patientenbespreking heb ik wel eens gehoord: 'Hij (zij) behoorde

eigenlijk niet opgenomen te zijn maar hij (zij) is er nu eenmaal, dus laat hem (haar) nog maar wat blijven'. Zo iets behoorde om meerdere redenen niet voor te komen. De rechtuit ongewenste nevenwerkingen van opneming in een psychiatrisch instituut worden weliswaar expliciet erkend, maar daadwerkelijk wordt er hier en daar toch niet altijd naar gehandeld. Voor een deel is dat ook moeilijk te vermijden. 'Patienten' die met ernstig gestoorde patiënten moeten samenleven worden daar als regel niet beter van. Organisatorische regels met een algemene geldigheid zijn voor sommige 'patienten' niet alleen niet nodig maar ook schadelijk. ('Ik kan U niet toestaan wat ik anderen weigeren moet.') Niet alle personeel dat therapeutisch werkzaam is, gaat even verstandig met de 'patienten' om en daarmee bedoel ik niet uitsluitend het ondergeschikte personeel. En vooral niet te vergeten het stempel waar iemand mee gebrandmerkt is die eenmaal in een 'krankzinnigengesticht' was opgenomen. (*de Kool*)<sup>9</sup>

Alleen al om deze redenen zou ieder psychiatrisch instituut moeten beschikken over poliklinische mogelijkheden en liefst met een eigen sociaal psychiatrische verpleegkundige. Dat geldt a fortiori voor de ontslagen 'patiënten'. De tegenwerping dat daarmee onder de duiven van de S.P.D.'s zou worden geschoten gaat m.i. niet op. Ik verwijs nog eens naar de mening van De Smit dat deze diensten meer het oog gericht (moeten) houden op een situatie dan op een individu. Daarin steekt een element van bureaucratie waarin de 'patient' tussen twee stoelen dreigt terecht te komen en waarin hij bovendien twee kapiteins op zijn schip krijgt.

Het ziet er naar uit dat er in de psychiatrie een stormachtige ontwikkeling gaande is die ook de publieke opinie niet onberoerd laat. Uit de aard der zaak steekt er in die ontwikkeling veel dat nog in het experimentele stadium verkeert. Daarbij kunnen de emoties van de 'experimentatoren' hoog op slaan. Uit de somatische geneeskunde weten wij dat het therapeutisch experimenteren met mensen niet zonder risico's is en dat het met de grootst mogelijke omzichtigheid moet gebeuren. men denke slechts aan de iatrogene aandoeningen. In de psychiatrie zijn 'therapeutisch' veroorzaakte gevolgen en ongewenste nevenwerkingen oneindig veel moeilijker te evalueren. Hier en daar heeft dat verwarring veroorzaakt (*de Kool*). Wat de één een belangrijke aanwinst noemt wordt elders als een bevlieging aangemerkt. De klinische psychiatrie is uit het wat al te rustige vaarwater van de eerste helft dezer eeuw terechtgekomen in de branding van de huidige samenleving. Dat zij het daardoor soms hard te verduren heeft, mag niemand háár verwijten. Maar het vraagt wel om schippers met een vaste hand.

#### SAMENVATTING

Sinds omstreeks 1960 zijn de psychiatrische inrichtingen in toenemende

mate bevolkt geraakt met mensen die mede slachtoffer zijn geworden van de onstabiele tijd waarin wij leven. Het is de vraag of de mogelijkheden en het beleid van de psychiatrische inrichtingen flexibel genoeg zijn geweest om zich aan te passen aan eisen van resocialisatie die deze groep te stellen geeft. Er wordt een pleidooi gehouden voor: (1) een multi-disciplinaire aanpak waarin *de verbale en communicatieve elementen centraal staan* en (2) voor poliklinische mogelijkheden om (3) hospitalisatie zoveel mogelijk te voorkomen of/en te bekorten. De Sociaal-Psychiatrische Diensten behoren meer gericht te zijn op situaties; de institutionele en poliklinische hulp meer op het individu (de Smit).

#### SUMMARY

##### *SOME ASPECTS OF THE MENTAL HOSPITAL IN THE TURBULANCE OF THIS ERA*

*Since the second half of this century the psychiatric hospitals (in the Netherlands) are populated in increasing numbers with individuals who, more or less and to a certain extent are the victims of the unstable times in which we live. It is questioned whether the policy and the therapeutic possibilities of these hospitals are sufficiently flexible to adapt themselves to the needs of resocialization that are required by the afore mentioned group of 'patients'. A plea is presented for (1) a multi-disciplinary management in which verbal and communicative elements occupy a central place and (2) for polyclinical possibilities in order (3) to avoid a hospitalization as much as possible or to shorten this. The attention of the extra-mural, ambulatory social psychiatric services should be directed to psycho-social situations, more than to individuals (de Smit).*

#### LITERATUUR

- 1 Eric Trist, The challenge of the next years. Paper read at the conference 'Towards a healthy community', Edinburgh, september 1969 (W.F.M.H.). Deze voordracht wordt in vertaling gepubliceerd in het binnenkort te verschijnen *Geloven in verandering* (Boom Meppel), onder redactie van W. Hirs e.a.
- 2 Meer over deze aspecten van de samenleving vindt men in verscheidene bijdragen van de bundel *Tijdsein*, Samson Uitgeverij N.V., Alphen aan de Rijn-Brussel 1972.
- 3 Dr. J. H. van den Berg, *Metabologica*, G. F. Callenbach N.V., Nijkerk (4e druk 1957).
- 4 Dr. J. A. Weyel, *De mensen hebben geen leven*, De Erven F. Bohn N.V. - Haarlem 1972.
- 5 W. A. Lishman, The medical management of affective disorders and schizophrenia. In: *Progress in clinical medicine*, Churchill Livingstone, Edingburgh and London, 6th Edition, 1971.
- 6 Kees Trimbos, *Morgen Brengen*, v. Loghum Slaterus, Deventer, 1972
- 7 Dr. N. W. de Smit, *Psychiater en maatschappij*, De Erven F. Bohn N.V. - Haarlem 1970.
- 8 George Orwell, 1984, Signet Books.
- 9 A. de Kool, Het slechte in de goede psychiatrie, Zaterdag bijvoegsel van NRC/Handelsblad van 3 februari 1973.