

Veritas temporis filia

door A. Poslavsky

Uitgenodigd een eigentijds commentaar te schrijven op een eigen ruim 20 jaar oud artikel ('De toekomstverwachtingen van de psychiatrische inrichtingen') en daarbij een stuk van De Smet uit 1966 te betrekken stond ik om te beginnen voor de vraag hoe de stof te ordenen. Ik wil dat doen uitgaande van vragen die als vanzelf opkomen bij het herlezen: Wat bleef? Wat veranderde of verdween?

Wat bleef?

In de eerste plaats bleven de psychiatrische inrichtingen zelf!

De inrichting bleef onder verschillende benamingen, waaronder die welke De Smet voorstond: centrum met kleine c; daar kwamen soms lange bepalingen voor zoals psycho-medisch streekcentrum. De c (van het centrum) werd veelal nog kleiner: de capaciteit van vele inrichtingen werd teruggebracht. Er ontstonden meer PAAZ'en maar de intussen Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis (APZ) geworden inrichting ging niet op in de PAAZ'en.

De hypothese 'dat de maatschappij de psychiatrische inrichtingen in stand zal houden' (blz. 4) werd dus bevestigd. Nu terugkijkend denkt men misschien: allicht. Maar gedurende enige tijd leek dat niet zonder meer vanzelfsprekend. In de zestiger en meer nog in de zeventiger jaren waren er luidruchtige bewegingen voor het opheffen van de psychiatrische inrichtingen.

De Smet schreef (1966): 'En dan is het verbijsterend van sommige collega's de opvatting te vernemen, dat bijvoorbeeld elke patiënt optimale hulp kan verkrijgen in een dagziekenhuis, respectievelijk 'day-care-unit'. 'De sterkste beweging voor opheffing van de inrichtingen werd gevoed door de antipsychiatrie.

Toen deze stroming net over zijn hoogste punt heen was stelde Verbeek (1975) terecht: 'Antipsychiatrie heeft nauwelijks iets toegevoegd aan onze wetenschap van geestelijk gestoorde mensen.' Niettemin stortte deze stroming zich als een lawine met zoveel

donderend geraas over het psychiatrische landschap uit, dat het even leek of dit zou veranderen. Maar evenwichten herstelden zich, evenals het niveau van psychiatriebeoefening.

Wat ook bleef was de door De Smet gesignaleerde onzekerheid alom; die heerste nu eens meer in de klinische, dan weer meer in de ambulante sector, maar is in de loop der tijd eerder toe- dan afgenomen.

Helaas geldt veelal nog steeds de verzuchting van Zijlstra (blz. 4) dat hulp van psychiatrische inrichtingen wordt gezien als allerlaatste hulp.

Het werk van de psychiatrische inrichting vertoont nog steeds de drie aspecten research, opleiding en praktische geestelijke gezondheidszorg met daarnaast een uitbouw van de destijds beginnende administratieve psychiatrie (thans meest aangeduid als management).

Vele artikelen en een aantal dissertaties geven inmiddels blijk van wetenschappelijke activiteiten in de inrichtingen op verschillende terreinen (biochemie, medische en sociale wetenschappen). Verheugend is dat van overheidswege gelden hiervoor beschikbaar werden gesteld, met name door bemiddeling van de commissie biochemisch onderzoek, ingesteld door de Nationale Ziekenhuisraad.

De psychiatrische inrichtingen hebben daadwerkelijk bijgedragen tot de ontwikkeling van farmacologische, psychologische en sociale therapieën, maar om heel andere redenen dan ik destijds verwachtte. Ik meende destijds dat vooral de in vergelijking met de universiteitskliniek veel geringere personele bezetting de inrichting zou dwingen tot het zoeken naar 'geheel eigen wegen' (blz. 7). Maar de vroeger in dit opzicht bestaande verschillen zijn beduidend kleiner geworden, dus we moeten aannemen dat veeleer problemen en mogelijkheden inherent aan het werk met patiënten in de inrichting de stoot tot eigen ontwikkelingen hebben gegeven. De belangrijkste daarvan lijkt mij het tot ontwikkeling brengen van reeksen verschillende, min of meer beschrijf- en hanteerbare behandel'klimaten'. Enkele daarvan, aangeduid als therapeutische gemeenschap, kregen de meeste aandacht, maar het belangrijkste vind ik de verscheidenheid als zodanig. Hier mag ook therapeutische benadering van patiënten onder toepassing van psychoanalytische inzichten genoemd worden evenals benadering op basis van methodisch groepswork. In Nederland hebben vooral de psychiatrische inrichtingen bijgedragen tot het invoeren en verder ontwikkelen van de op gedragstherapeutische principes berustende zogenaamde Token Economy die in het bijzonder voor de therapie van sommige ernstig gestoorde, langdurig verpleegde patiënten van belang is. De psychofarmacologische ondersteuning van al deze therapieën stelt eisen die ten dele kenmerkend zijn voor de huidige inrichtingspraktijk.

Gelukkig is het opleidingsaspect ook gebleven. Gelukkig, want nog steeds confronteert de inrichting de aanstaande psychiater ook met die patiënten bij wie de hulpverlening geen of te weinig succes had; met die patiënten bij wie de meest urgente vraag is: welke factoren of condities houden de afwijking of het abnorme gedrag in stand?

Ook met betrekking tot de verpleegkundige opleiding blijft er een taak voor de inrichting, al is onzeker welke. Anders dan ik destijds verwachtte lijkt nu de belangrijkste controversie: de gehele opleiding in de inrichting vs. alleen stage in de inrichting en overige opleiding elders. Inhoudelijk is inmiddels de verpleegkundige opleiding zeer verrijkt en op veel hoger niveau gebracht. Met verbazing constateerde ik bij het overlezen dat ik destijds de bijdrage van de inrichting aan de opleiding van psychologen, maatschappelijk werkenden en therapeuten niet genoemd heb; blijkbaar heb ik toen de sterke toename van het aantal van deze medewerkers in de inrichtingen niet voorzien.

Op het terrein van de praktische geestelijke gezondheidszorg werden door De Smet destijds drie 'specifieke eigen functies' van de psychiatrische inrichting onderscheiden: de klinische, de revalidatie- en de verzorgende functie. Al is hieraan de belangrijke differentiatie naar leeftijd toegevoegd (en de differentiatie naar sekse achterhaald) het door De Smet aangegeven onderscheid is nog steeds van kracht. Maar volstrekt niet voorzien is het inmiddels ontstane probleem dat de klinische functie begrensd zou kunnen zijn in die zin dat er in het APZ onbehandelbare patiënten zouden zijn ('SGA'-problematiek, hierover straks nog een enkel woord).

In verband met de huidige discussie over de asielfunctie citeer ik nog over de verzorgende functie De Smet: 'Ik stel mij voor dat voor sommigen een verblijf in een klein tehuis, midden in de gemeenschap, maar onder de rook en onder de hoede van een inrichting resp. van een SPD een meer aangepaste vorm van verzorging mag heten,....' Hij schreef terecht voor sommigen, dat wil zeggen niet voor allen!

Een belangrijke plaats bleef de discussie innemen over de relatie tussen psychiatrische inrichting en sociaal-psychiatrische dienst – tegenwoordig ruimer gesteld tussen intra- en extramurale zorg (waarbij ook betrokken wordt de door De Smet met nadruk genoemde semimurale zorg). In andere publikaties spreekt men van klinische en ambulante GGZ. In 1962 refereerde ik hierover in hoofdzaak de opvattingen van Zijlstra en Ferguson (blz. 8) waarbij eerstgenoemde opvatting het accent legde op continuïteit van de zorg, de andere op delegatie en specialisatie. Het is interessant te zien hoe (in overeenstemming met de pluriforme ontwikkeling van de psychiatrie in het algemeen) beide opvattingen in de feitelijke ontwikkeling zijn terug te vinden. Enerzijds heeft een groot aantal inrichtingen poliklinieken geopend ter bevordering van de continuïteit; anderzijds zijn de SPD' en verder ontwikkeld, daarbij zo ver van de inrichtingen afgroeiend dat ze nu in de ambulante GGZ worden geïntegreerd.

Mij dunkt dat de vraag die thans actueel is luidt: zal men overgaan tot de vorming van RIGG's en, zo ja, wanneer? Men kan nog horen dat het RIGG 'een doodlopende weg' is maar velen lijken toch RIGG-vorming te verwachten. Maar of het RIGG dan meer zal zijn dan een bestuurlijke (en kostenbeheersende?) instantie en de continuïteit van de zorg zal bevorderen?

Wat veranderde of verdween?

Terwijl de relatie tussen klinische en ambulante GGZ onderwerp van discussie bleef veranderde de wijze waarop die discussie gevoerd wordt op ingrijpende wijze. In mijn oude stuk citeerde ik opinies uit WGO-rapporten, opinies van Zijlstra en van Ferguson, opinies waarin plausibele gedachten werden uitgedrukt die echter niet stoelden op (meegedeeld) observatiemateriaal. Aan deze opinies knoopte ik verdere theoretische beschouwingen vast ('een verder doordenken van deze zaak' blz. 9).

Indien het probleem *in zijn toenmalige vorm* thans actueel zou zijn zouden wij, liever dan theoretisch te overwegen, eerst trachten patiënten onder verschillende condities – afgeleid van de beide opvattingen – te behandelen. Vervolgens zouden wij de empirisch verkregen resultaten vergelijkend willen onderzoeken. Duidelijke veranderingen zien we ook als we enkele punten nagaan die wellicht in engere zin psychiatrisch genoemd mogen worden.

Het 'door Rümke beschreven praecoxgevoel' (blz. 5) heeft nog uitsluitend historische betekenis: naar huidige opvatting is het 'als diagnostisch criterium in de zin der geneeskunde onbruikbaar' (Glatzel 1981).

De uitspraak dat het psychiatrisch denken zich gaat aanpassen 'aan de eigen geaardheid van zijn object, n.l. ziekelijk gedrag, liever nog gedrag in morbide situaties' (blz. 7) is in die vorm niet meer houdbaar. Ziekelijk gedrag werd hier blijkbaar gezien als van andere geaardheid dan niet-ziekelijk (gezond) gedrag; met andere woorden er werd nog een principiële scheiding gemaakt tussen (de studie van) gezond en ziekelijk gedrag, scheiding die thans niet meer wordt aangenomen.

Op een eigenaardige manier verouderd lijkt de presentatie van de betekenis van de tussenmenselijke relaties bijvoorbeeld in de zin: 'Hier is de mens volstrekt aangewezen op *de ander en de anderen,...*' (blz. 12).

In de tussenvolgende periode voltrokken zich twee ontwikkelingen. Enerzijds veranderden heel algemeen de relaties tussen patiënten en hulpverleners: deze relaties zijn minder afstandelijk, minder formeel, meer open, spontaner geworden en laten meer wederzijdse bespreking van gevoelens, ook ten opzichte van elkaar toe.

(Keerzijde van deze medaille kan echter misschien zijn dat aan beheersbaarheid ten dele verloren ging wat aan spontaniteit gewonnen is; mogelijk bestaat hier een samenhang met 'SGA'-problematiek.)

Anderzijds werd – onder erkenning van de betekenis van de hulpverlener-patiënt-relatie – dit toch gerelativeerd: de relatie bleek niet de enige, en niet altijd de meest belangrijke factor in de hulpverlening. Men ging zelfs spreken van de 'human relations fad'.

De hierboven aangeduide veranderingen zijn, dunkt me, samen te vatten in een uitspraak van Van Praag (1983): 'De psychiatrie is zich aan het ontwikkelen van een overwegend theoretisch-speculatieve wetenschap tot een toegepast-empirische.'

Men ziet deze ontwikkeling op meer deelgebieden van de psychiatrie dan hierboven besproken werden.

Van de farmacotherapeutische hoek uit stelde Freyhan (1964) 'alleen door zich vast te leggen op concrete predicties kan hij' (de psychiater) 'zichzelf en zijn gedragswetenschappelijke confraters in staat stellen de validiteit van de hypothesen die aan de behandeling ten grondslag liggen, te onderzoeken'. Het hypothesetoetsend karakter van de gedragstherapie is altijd benadrukt. Maar ook in de psychoanalyse is men overgegaan tot het toetsen van predicties (b.v. Langs 1976).

Slot

In het voorafgaande ontbreekt nog een zeer wezenlijke verandering die ik als volgt wil verwoorden. De grondtoon is anders geworden: verdwenen is het – misschien nog wat naïeve – optimisme uit de vijftiger en begin zestiger jaren. Zo hoorde De Smet bijvoorbeeld in de Gezondheidsnota 1966 'een volkomen nieuw geluid en met name, dat men bij de concretisering van de hulpverlening zich allereerst richt op de patiënt, op diens medische noden en behoeften.' Hij dacht dat dat een cesuur was 'in de traditionele gang van zaken, waarbij men zich bij een kritische beschouwing niet kan onttrekken aan de indruk, dat het de patiënt was, die zich diende aan te passen bij het medisch verstrekkingspakket, hetwelk hem werd aangeboden en waarbij andere belangen dan die van de patiënt mede in het geding waren'. Mij dunkt dat er niet veel hulpverleners meer te vinden zijn die zouden menen dat er toen een cesuur was of dat er veel veranderd is in wat De Smet de traditionele gang van zaken noemde.

Zelf dacht ik destijds toch eigenlijk dat de meningsuiting van deskundigen werkelijke invloed zou hebben 'op de publieke opinie i.h.b. de opinie van gezagsdragers' (blz. 4); een gedachte die intussen weinig realistisch gebleken is. De Smet zag bovendien een voorlichtende taak voor de psychiatrische inrichting: 'Ik denk hierbij aan de organisatie van 'seminars' voor artsen, aan het doceren aan Sociale Academies, aan het geven van voorlichting op psychohygiënisch gebied, aan het schrijven van populaire artikelen via de publiciteitsmedia, aan brochures etc.' Door of vanwege een enkele inrichting is goed voorlichtend werk gedaan maar in het algemeen gesproken is het boven geciteerde een illusie gebleken. GVO heeft zich wel zeer ver van de psychiatrie verwijderd.

Het optimisme is echter niet alleen verdwenen bij de hulpverleners in de GGZ: het is een algemeen maatschappelijk verschijnsel. Hiermee zijn wij terug bij de interrelatie tussen GGZ en samenleving die ik destijds in mijn eerste hypothese postuleerde.

Dit commentaar wil ik besluiten met enkele opmerkingen over wat we in de afgelopen twee decennia onder meer over deze interrelatie hebben kunnen leren.

We hebben pluriforme ontwikkelingen gezien in de GGZ evenals in de samenleving als geheel. We hebben een democratiseringsproces

waargenomen in de maatschappij dat weerspiegeld werd in de GGZ. Kortom: wij hebben de vervlechting bemerkt die bestaat tussen GGZ en samenleving, maar ook dat onder die vervlechting enkele valkuilen verscholen zitten.

De eerste is de verleiding om te gaan beoefenen wat Racamier (1971) noemde 'politichiatrie le résultat de la confusion entre le fait psychopathologique et le fait politique.' De antipsychiatrie heeft ons geleerd dat politichiatrie nauwelijks tot kennisvermeerdering leidt.

Een andere valkuil is de verleiding voor politieke machthebbers te gaan menen dat (hun interpretatie van) maatschappelijke belangen parallel lopen met belangen van patiënten (zoals die in vertrouwelijke gesprekken met hulpverleners tot uitdrukking komen). Wij hebben, dunkt me, ook geleerd dat hulpverleners moeten erkennen dat ook zij eigen belangen hebben en dat zij moeten leren leven met de feitelijke vermenging van ideologisch-politieke en patiëntenbelangen door machthebbers; leren leven met het feit betekent overigens niet zich daar te allen tijde bij neerleggen.

Overheid en GGZ-hulpverleners zullen – als ik een commentaar op verwachtingen met een verwachting mag besluiten – alle wijsheid nodig hebben om ondanks deze moeilijke tijden te blijven benaderen: salus aegroti suprema lex.

Literatuur

- Freyhan, F.A. (1964) Psychopathological issues in judging outcome of psychiatric treatment. In: P.H. Hoch and J. Zubin (eds) *The evaluation of psychiatric treatment*. Mc Graw-Hill, New York/London.
- Glatzel, J. (1981) *Spezielle Psychopathologie* Ferdinand Enke, Stuttgart.
- Langs, R. (1976) *The bipersonal field*. Jason Aronson, New York.
- Poslavsky, A. (1962) De toekomstverwachtingen van de psychiatrische inrichtingen. *Voordrachtenreeks* 4, 73-82.
- Praag, H.M. van (1983) Een bloeiende psychiatrie die niet meer in gevaar is. *T.v. Psychiatrie* 25, 5-10.
- Racamier, P.C (1971) La psychiatrie nouvelle face aux nouvelles illusions. *La Nef*, 42, 55-91.
- Smet, J.P. de (1966) De plaats van de psychiatrische inrichting in het totaal van de geestelijke gezondheidszorg. *Voordrachtenreeks* 8, 255-265.
- Verbeek, E. (1975) *Psychiatrie in holle en bolle spiegels*. G.F. Callenbach, Nijkerk.