

# Een onderzoek naar chronisch psychiatrische patiënten en hun omgeving: theoretische overwegingen

door L. Henkelman en B. de Ruiter

## Samenvatting

De auteurs stellen dat chronisch psychiatrische patiënten de afgelopen eeuw in termen van homogeniteit zijn beschreven en behandeld. Bij de behandeling zijn twee benaderingswijzen te onderscheiden. Op de eerste plaats de invalshoek, die gedrag van chronische patiënten wil veranderen door omgevingskarakteristieken te beïnvloeden. Op de tweede plaats de invalshoek, die chroniciteit als ziekte benadrukt en tot genezing daarvan wil komen door middel van beïnvloeding van de individuele pathologie. De auteurs stellen dat beide benaderingen desondanks uitgaan van de homogeniteit van de kenmerken van chronische patiënten, waardoor deze categorie extra geïnvaleideerd wordt.

Een onderzoeksproject van Ziekenhuis De Grote Beek in Eindhoven en het Instituut voor Klinische Psychologie van de Rijksuniversiteit te Utrecht wordt uitgevoerd met het doel een behandelingsaanbod te ontwikkelen, waarin de heterogeniteit van de behoeften van chronisch psychiatrische patiënten benadrukt wordt.

In dit eerste artikel worden de theoretische overwegingen bij dit onderzoek gepresenteerd.

## Inleiding

In 1984 is in de voormalige Rijks Psychiatrische Inrichting een inventariserend onderzoek verricht naar chronisch psychiatrische patiënten en hun verblijfs- c.q. behandelmilieu. Dit onderzoek is een samenwerkingsproject tussen Ziekenhuis De Grote Beek te Eindhoven en de vakgroep Klinische Psychologie van de Rijksuniversiteit Utrecht. Het heeft als doel op basis van verwerkte onderzoeksgegevens bij te dragen tot mogelijke veranderingen van de opbouw van het hulpaanbod voor deze chronische ziekenhuispopulatie. Richtinggevend bij deze opbouw van het hulpaanbod stelden wij het begrip 'optimale zelfstandigheid' van de patiënt, uitgedrukt langs een continuüm met aan de ene kant zorgafhankelijkheid en aan de andere kant zorgonafhankelijkheid. In enkele artikelen willen we de resultaten van dit onderzoek presenteren. In dit eerste deel geven we een aantal achtergronden en theoretische overwegingen.

De chronisch psychiatrische patiënten vormen reeds lang zowel een bron van inspiratie als een bron van frustratie, wat betreft behandeling en bejegening van hun ziektes, gedrag en belevingen. Karakteriseringen van de chronische patiënt zoals die vanaf de tweede helft van de vorige eeuw tot de jaren tachtig van deze eeuw in beschrijvingen naar voren komen, laten enige opvallende aspecten zien. Hij is ongeneeslijk, passief, gegredieerd en therapieresistent. Hij vertoont hospitalisatieverschijnselen en dat betreft gedragsveranderingen zoals initiatiefverlies, het kwijt raken van interesse in de omgeving, afhankelijkheid, apathie, verlies van zelfstandigheid, het ontwikkelen van een onverschillige houding ten aanzien van ontslag uit het ziekenhuis, depersonalisatieverschijnselen e.d. Daarnaast stelt Polak (1981) dat de chronische patiënt zowel voor als na de opname een effectieve afhankelijkheidsstraining achter de rug zou hebben. Daardoor valt gebrek aan autonomie bij veel chronici te verklaren en ten dele ook hun vermeende therapieresistentie. In het sociale verkeer zouden chronici bovendien nogal bot overkomen. Polak neemt aan dat dit te wijten is aan de angst die optreedt bij het verlaten van het beschermende milieu van het ziekenhuis omdat de patiënt van het buitengebeuren weinig meer afweet, net zo min als van veranderende opvattingen en gewoonten in het algemeen.

In 1887 verzucht dr. Pompe, geneesheer-directeur van 'Coudewater' te Rosmalen, dat deze categorie chronische of ongeneeslijke lijdensdoorgaans een treurig gezicht oplevert. Dat komt, schrijft hij, omdat deze verpleegden een meer sedentair leven leiden, terwijl zij veelal toch van een krachtig fysiek gestel zijn. Hun intellectueel leven is echter in zoverre uitgedoofd dat zij ongeschikt zijn voor arbeid waarbij enige aandacht of inspanning van geest wordt gevorderd. Dit leidt ertoe dat zij doorgaans zijn veroordeeld tot een werkloos, vadsig leven. En ook al kan er van herstel geen sprake zijn, zo meent Pompe, veel is er al gewonnen, wanneer door land- en tuinarbeid het sluimerend intellectuele leven aangewakkerd kan worden en kwade gewoonten en hebbelikheden ontwend worden, waartoe dergelijke lijdensdoorgaans, helaas!, wellicht uit verveling, het meest geneigd zijn te vervallen (Pompe 1887).

Rond de eeuwwisseling viel het ook een aantal andere gestichtsdirecteuren op dat de meeste langdurig opgenomen patiënten zich kenmerkten door desinteresse, geheugenkwalen, versuffing, zelfverwaarlozing en apathie. Een enkele maal werd dit 'eindstadium der psychose' geweten aan onvoldoende verpleging en te weinig aandacht, en aangeduid als 'gestichtsdementie' (Vijselaar 1982).

Zo'n 60 jaar later beschrijft Goffman (1961) in zijn *Asylums* het hospitalisatiesyndroom als een soortgelijke treurigheid, wanneer hij in zijn analyse de resultaten laat zien van een aantal werkzame processen in de totale institutie: het psychiatrische gesticht. Door het ontbreken van scheidingen in levenssferen treedt een socialisatieproces

in werking waarin niet alleen de opgenomene assimileert aan zijn nieuwe omgeving, maar tevens onderhevig is aan mortificatie. Dat wil zeggen dat de eigen identiteit wordt afgebroken en ingeruild tegen die van iemand die zich gedisciplineerd en coöperatief opstelt. Als overlevingsstrategie neemt de opgenomene, na verloop van tijd, de patiëntenrol volledig op zich. Een andere aanpassingsreactie is de regressie. Men trekt zich terug en beperkt de aandacht tot de onmiddellijke omgeving van het eigen lijf en lichaam. Zowel een continu verzet tegen behandeling, personeel en regels kan het gevolg zijn van deze regressie, alsook het tegenovergestelde zogenaamde 'nestelen'. Dan maakt de patiënt van het gesticht zijn thuis en is hij verblijfpatiënt geworden.

Anno 1984 constateert de staatssecretaris met betrekking tot de chronisch psychiatrische patiënten dat, naarmate zij langer zijn opgenomen, er sprake is van toenemende homogeniteit (Van der Reijden 1984). Ook Giel (1984) neemt een homogeniteitsstandpunt in als hij de chronische patiënten beschrijft als een categorie van langdurig geestelijk gestoorde mensen, wier handicaps niet onderschat mogen worden.

In de ontwikkelde ideeën van de afgelopen 100 jaar rondom behandeling en bejegening van de voornamelijk homogeen beschouwde categorie chronici, zijn twee benaderingen te onderscheiden. De ene invalshoek heeft vooral aandacht voor het veranderen van omgevingskenmerken als voorwaarde voor verandering. De andere besteedt speciale aandacht aan de beïnvloeding van de pathologie.

### **Aandacht voor de omgevingskarakteristieken**

Vanuit de sociale en psychologische wetenschappen zijn in de jaren zestig theorieën en praktijktoepassingen ontwikkeld om het hospitalisatiesyndroom terug te dringen. Ze zijn te verdelen in 4 benaderingswijzen: de structuurbenadering, de sociaal-psychologische benadering, de operante conditionering en de meer algemene leertheoretische benadering. Aandacht voor omgevingsfactoren in deze jaren hangt samen met democratiseringsbewegingen die zich in deze periode beginnen te ontwikkelen in de samenleving en die ook in de wereld van de psychiatrie een voedingsbodem vinden. Een meer humane benadering van de waanzin krijgt haar beslag in minder restrictieve behandelingsvormen. Ontwikkelingen op het terrein van de farmacologie werpen resultaten af waardoor het mogelijk werd voortaan tegen psychotische toestanden meer verfijnde psychofarmaca in te zetten in plaats van de tot dan toe massaal toegepaste chloorpromazine of directe fysieke dwang. In 1964 proclameert J.F. Kennedy in de Verenigde Staten een nieuw beleid met betrekking tot ernstige en chronisch psychiatrische patiënten. Voor hun zorg zou een uitgebreid landelijk netwerk van geestelijke gezondheidscentra in de samenleving ontwik-

keld moeten worden om de inmiddels in diskrediet geraakte overheidsinrichtingen te gaan vervangen (Talbot 1981). Ook in Nederland constateren we in de tweede helft van dit decennium verzetsbewegingen in de gezondheidszorg (Spijker en Van de Wijngaart 1984). Veelal geïnspireerd door de verbeelding van anti-Vietnambetogingen, happeningen en flowerpower-aspiraties tekent zich de strijd af rondom Dennendal, schrijft Jan Foudraine zijn *Wie is van hout!* en Sef Teuns het felle voorwoord bij *Laten ze het maar voelen* van Corrie van Eijk-Osterholt. Nederland heeft zijn eigen NASA (Nationale Anti Shock Actie). De stichting Pandora behangt ons land met stickers en posters 'Ooit een normaal mens ontmoet ...?' en in 1971 vindt de geboorte plaats van de Cliëntenbond.

1. *De structuurbenadering* – In deze woelige sfeer van de jaren zestig en zeventig steekt de visiecommissie (1973) van het psychiatrisch centrum St. Bavo te Noordwijkerhout de hand in eigen inrichtingsboezem. De commissie hanteert daarbij als leidraad de analyses van Goffman en diens begrip hospitalisatiesyndroom. Bovendien treffen we het begrip social-breakdown-syndroom aan van Gruenberg (1967) die vooral het vervreemdingsaspect accentueert van chronische patiënten met betrekking tot de buitenwereld.

Een lijn van soortgelijke ideeën zet zich voort in de geschriften van auteurs als Wing (1962), Wing en Brown (1970), Szasz (1974), Van de Eynde (1976), Romme (1982), Offerhaus (1983) e.a. Essentieel voor de hospitalisatieverschijnselen is dat ze volgens de auteurs geïndiceerd worden door chronisch verblijf in het leefmilieu van de inrichting. De Bavo visie-commissie formuleert beleidslijnen voor de chronische sector:

- het massale van de inrichtingen moet verdwijnen en kleinere groepen patiënten dienen geformeerd te worden;
- het isolement van de inrichting moet worden opgeheven door het patiëntenleven zo veel mogelijk in de gewone samenleving te laten plaatsvinden;
- aan de inkapseling van de patiënt dient een einde gemaakt te worden door deze meer bewegings- en keuzevrijheid te geven;
- democratisering van de inrichting door meer macht en mondigheid van de patiënt.

De beleidsgedachte van het zo veel mogelijk genormaliseerd wonen, werken en ontspannen in de maatschappij hield voor de geriatrie patiënten in dat ze beter behandeld dienden te gaan worden in samenwerking met verpleeg- en bejaardentehuizen. Voor de grootste groep, de chronische psychotici, betekende dit beleid dat ze gedehospitaliseerd en geresocialiseerd dienden te gaan worden en voor de zwakzinnigen zou binnen de Bavo een menswaardige leefsituatie moeten ontstaan. Met dit 3-sporenbeleid zouden alle chronici van adequate zorg kunnen worden voorzien.

2. *De sociaal-psychologische benadering* – Binnen de benaderingswijze die vooral aandacht besteedt aan de omgevingskenmerken, valt de differentiatie van Fairweather e.a. (1964, 1969) op. Ook zij beschouwen de chronische patiënt als passief, inert en instituutsafhankelijk. Deze inertie wordt voor het overgrote deel verklaard door het actief accepteren van het beschutte leven dat aan deze passieve individuen door het gesticht geboden wordt. Hun uiteindelijke aanpassing aan de patiëntenrol komt tot stand door het samenspel van vier processen waarbij de samenleving, het gesticht, de staf en medepatiënten en de chronicus zelf betrokken zijn. Het eerste proces is iemands openbare labeling als chronisch psychiatrisch patiënt, die zo'n lage sociale status heeft dat een weg terug naar de maatschappij bijna onmogelijk is geworden. Het tweede proces behelst de socialisatie van de patiënt met betrekking tot het gesticht als totale institutie. Het derde, een herstelproces weliswaar, houdt in dat het psychiatrisch ziekenhuis, op initiatief van de staf, de terugkeer van de patiënt naar de samenleving voorbereidt. Geleidelijk aan krijgt de patiënt, via weekendregelingen en proefverloven, zijn status als burger tot een bepaald niveau terug. Een broze en kwetsbare positie, niet die van een normaal, gezond individu, maar die van ex-patiënt. Daarbij komt het vierde proces, waaraan iemand met een aanzienlijk inrichtingsverleden blootstaat, de zogenaamde 'weaning'. Dit 'spenen' heeft betrekking op de contacten van de ex-patiënt met nazorgvoorzieningen, die verschillend van intensiteit zijn, waardoor hij zich nog steeds verbonden voelt met het intramurale moedergesticht.

Voor de terugkeer van de patiënt naar de samenleving en het handhaven van zijn positie daar, achtte Fairweather het noodzakelijk deze 4 aspecten in zijn werk te betrekken. Daartoe ontwikkelde hij in de samenleving een voor de chronicus nieuwe situatie met een netwerk van sociale relaties en werd de mogelijkheid geboden tot een participerende sociale status. Deze groepjes autonoom samenwonende en werkende chronici, 'lodges' genaamd, werden eerst getraind in het vormen van groepscohesie en in het verwerven van vaardigheden en rolgedrag die het functioneren in een groep mogelijk maakten.

Deze lodges beoogden 3 basisdoelen:

1. het creëren van een referentiegroep zodat voldoende sociale ondersteuning het oplossen van dagelijkse problemen kon vergemakkelijken;
2. het creëren van wederzijdse verantwoordelijkheid zodat de individuele ingeperkte leefwereld van de chronicus weer vergroot kon worden;
3. het creëren van tevredenheid onder de groepsleden zodat meer autonomie bij het nemen van individuele beslissingen kon ontstaan.

In het begin van de jaren zeventig ontwikkelde men in de Verenigde Staten ook zogenaamde 'lounges': deze zijn geënt op nazorgmodalitei-

ten voor chronische schizofrenen die uit de inrichting waren ontslagen. Deze voorzieningen berusten op een filosofie van informaliteit, een tamelijk ongestructureerd hulpaanbod, een accepterend klimaat en het veelvuldig stimuleren van patiënten zichzelf te zijn (Parras 1974). Zowel de door Sanders (1972) beschreven 'lodges' van Fairweather als de 'lounges' bleken redelijk vruchtbare concepten te zijn als men de resultaten vergeleek met die van de achterblijvers op de chronische afdelingen van de inrichtingen.

3. *De operante conditionering* – Specifieke theorievorming en toepassing die vanuit ontwikkelingen van de gedragstherapie na 1960 een steeds grotere rol is gaan vervullen, is die van de operante conditionering. Niet een veronderstelde ziekte werd als oorzaak van waargenomen symptomen geaccepteerd, maar men stelde dat het gedrag leerresultaat is van bepaalde condities en consequenties die in omgeving en individu interacteren.

Lindsley (1956) paste de Skinner-box voor dieronderzoek zodanig aan in de jaren vijftig, dat controle op gedragsveranderingen mogelijk werd bij zowel enkelvoudige als complexe responsen. Als bekrachtigingsapparaat werd door hem aanvankelijk een automaat gebruikt, zoals die ook voor sigaretten en versnaperingen op straat zijn aan te treffen. Daarmee kon experimenteel worden aangetoond dat ook gedrag van chronisch psychiatrische patiënten op de afdeling, door middel van bekrachtigingsschema's, op voorspelbare wijze te beïnvloeden was. Lindsley (1960) achtte het bij zijn onderzoekingen een methodologisch voordeel dat chronische patiënten weinig veranderen in vergelijking tot acute patiënten. Behandeling van patiënten vanuit deze conditioneringsgedachten bestaat dan uit het scheppen en manipuleren van condities die het gedrag in een meer gewenste richting brengen.

Vanuit de veel voorkomende opvatting, schrijft Everaerd (1970), dat het gedrag van chronische patiënten nauwelijks of niet aan wijzigingen onderhevig is, omdat de patiënten onder gelijkblijvende condities leven zoals die gegeven zijn in het leven op een chronische afdeling, werden systematisch veranderingen in de omgeving aangebracht welke gedragsveranderingen te zien gaven. In zijn proefschrift veronderstelt Everaerd op grond van zijn resultaten dat de gevolgen van langdurige hospitalisatie (apathie, berusting, afhankelijkheid, depersonalisatie en vertrouwen op fantasie) vermeden kunnen worden als men de patiënten zo kort mogelijk in een constante omgeving laat doorbrengen. Een grotere afwisseling in de omgeving en het meer eisen stellen aan het gedragsrepertoire lijken voor het behandelingsbeleid een eerste vereiste.

4. *De meer algemene leertheoretische benadering* – Een integratie van individuele gedragsmodificatieprogramma's en veranderende af-

delingsstructuur vinden we terug in zogenaamde token-economy-projecten. Nadat Poslavy (1973) melding maakt van de eerste toepassing van operante conditioneringsprincipes op afdelingsniveau in Nederland, publiceert De Ruiter (1975a/b) over de opzet van een token-economy in de toenmalige Rijks Psychiatrische Inrichting te Eindhoven. In die opzet is het doel om voor chronische patiënten in de inrichting een motiverende omgeving te creëren en zodoende hospitalisatieverschijnselen tegen te gaan. Enerzijds beschrijft hij de token-economy als methode van 'ward-management' en anderzijds als methode van behandeling. Het blijkt dat een grotere mate van onafhankelijkheid en eigen verantwoordelijkheid van chronici te constateren viel. Op een afdeling waar het token-systeem werd ingevoerd, was dit het geval. Dit bleek uit het op eigen initiatief ontstaan 's ochtends, het bezoek aan de arbeidstherapie, het voorbereiden van de maaltijden e.d. Een van zijn conclusies luidt dat de onmiddellijke omgeving voor een zeer groot gedeelte het gedrag van patiënten bepaalt en dat chronische patiënten wel degelijk gevoelig zijn voor hun omgeving, ook al worden zij vaak niet in staat geacht om op coherente wijze op hun omgeving te reageren. Behalve een verandering van met tokens beïnvloede gedragingen treedt ook een meer algemene gedragsverandering op. Verbetering in sociale interesse en interactie en afname van negatieve factoren konden worden aangetoond. In 1983 wordt dit 10 jaar durende de-hospitalisatieproject afgerond met een follow-up-onderzoek. Te lezen valt dat de oorspronkelijke doelstelling, zelfstandig wonen, vorm kreeg in een paviljoen met woonbestemming en dat alle administratieve ruimten, verpleegstations, spreek- en werkkamers werden overgebracht naar een naast gelegen gebouwtje. Vanuit het woonpaviljoen konden de chronici, indien gewenst, een beroep doen op de werkers in dit bijgebouw (De Ruiter 1986).

Samenvattend kunnen we stellen dat de jaren zestig en zeventig zich ten aanzien van de chronische patiënt laten karakteriseren door theorieontwikkeling en toepassing vanuit de sociale en psychologische wetenschappen. We zijn van mening dat de invalshoek die vooral aandacht heeft voor de omgevingskarakteristieken het standpunt vertegenwoordigt waarin opvattingen domineren dat psychiatrische chroniciteit een artefact van de gestichtspsychiatrie is, en dat de patiënt beschouwd dient te worden als een op zijn omgeving reagerend en daarmee interacterend wezen. Een invalshoek die weliswaar gedifferentieerd is, maar toch homogeen in de opvatting dat gedragsverandering principieel mogelijk is door beïnvloeding van de omgeving; een model waarin interactief-revalidatiedenken en handelen de bovenaan voert. Opmerkelijk is dat de consequentie hiervan een homogeen behandelingsaanbod inhoudt.



## Aandacht voor de pathologie

Een andere benadering van psychische problematiek en zo ook van het verschijnsel chroniciteit is in de psychiatrie al jarenlang algemeen toegepast en bekend. Een benaderingswijze namelijk waarbij het accent ligt op de pathologie van het individu.

In eerste instantie beschrijven we een driedeling in het gehandicapt functioneren van psychiatrische patiënten zoals Wing en Brown (1970) die ontwikkeld hebben. We doen dit omdat in Nederland deze auteurs nogal eens met gezag worden aangehaald met betrekking tot definiëring van psychiatrische chroniciteit en de mogelijke bestrijding daarvan. Wing en Brown onderscheiden drie factoren in het sociale dysfunctioneren, te weten: premorbide, primair en secundair belemmerende factoren. De eerste factor, de premorbide belemmeringen, wordt gevormd door aspecten als geringe opleiding, lage sociale klasse, een weinig stabiel gezin of milieu van herkomst, bepaalde karaktertrekken, sociale en intellectuele achterstand e.d. Bij elkaar vormen zij de kenmerken van iemands relationeel functioneren in privé- en werkomstandigheden vóór het uitbreken van floride symptomen en/of van een ziekte die aanleiding is voor psychische hulpverlening. De tweede factor, de primaire belemmeringen in het sociale functioneren, bestaat uit de eigenlijke psychopathologie, de symptomatologie, het gediagnostiseerde ziektebeeld, de stoornis zelf. De derde en laatste factor is een reeks secundaire handicaps die voortkomt uit de opnamesituatie en een negatief gevolg heeft. Hospitalisatie-effecten, stigmatisering, het aannemen van de patiëntenrol, de infantiliserende reacties vanuit de omgeving op de patiënt en/of op diens ziekenrol vormen voorbeelden van secundair belemmerende factoren die geen deel uitmaken van de pathologie zelf.

Giel (1979, 1984) neemt deze visie over en accentueert onzes inziens de primaire handicaps wanneer hij over chronisch psychiatrische patiënten schrijft als een categorie langdurig geestelijk gestoorde mensen die we niet beter kunnen maken.

Schipper (1978) stelt eveneens de pathologie centraal en naast het criterium van periodiciteit deelt hij chroniciteit in aan de hand van de symptomatiek. Hij onderscheidt daarbij het intellectueel en emotioneel dysfunctioneren van elkaar, omdat zij verschillende bronnen zouden vormen, die de wijze van omgaan met de maatschappij en met de patiënt zelf beïnvloeden. Als Claridge (1972) de individuele pathologie bespreekt in het begrippenkader van premorbiditeit en primaire handicaps, lokaliseert hij een vulnerabiliteit in de functionele organisatie van het centrale zenuwstelsel. Volgens Van den Bosch (1984) verwijst een dergelijke vulnerabiliteit naar persoonsinherente karakteristieken die de gevoeligheid bepalen van het individu voor desintegratietoestanden en psychische decompensaties.

De pathologie bestaande uit chronische schizofreniesymptomen



wordt (volgens Polak e.a., 1981) ontwikkeld en in stand gehouden door een genetische predispositie. Daar komt volgens Paul (1984) de individuele stressgevoeligheid bij als een essentiële factor in de problematiek van chronisch psychiatrische patiënten.

Andere te onderscheiden aspecten in de pathologie van individuele chronische patiënten betreffen:

- a. positieve symptomen (wanen en hallucinaties);
- b. negatieve symptomen, of deficiet-symptomen, bestaande uit emotionele vervlakking, vertraagde (psycho)motoriek, apathie en teruggetrokkenheid; en
- c. stoornissen betreffende het aangaan en in stand houden van relaties (Keith en Matthews 1984).

Behalve op de interacties van individuele, pathologische factoren, hebben veel problemen van chronici ook betrekking op de interacties van de sociale en fysieke omgeving schrijft Paul (1984) en hij constateert dat veel chronici het na ontslag uit de inrichting niet redden in de samenleving omdat zij gebukt gaan onder het deficiet-syndroom op de eerste plaats. Pas op de tweede plaats spelen daarbij de positieve symptomen een negatieve rol. Het betreft dan bizar en oninvoerbaar gedrag, het excessief-syndroom.

Het antwoord van deze richting (eigenlijk een klassiek psychiatrisch antwoord) op chronische pathologie blijkt vooral neer te komen op opname van de patiënt in het ziekenhuis en toediening van medicatie. Individuele psychotherapeutische technieken worden verondersteld niet aan te slaan en vaak worden ze niet toegepast op grond van bepaalde ingenomen theoretische standpunten (Epstein 1981). Bovendien vragen dergelijke behandelmethoden om gemotiveerdheid van de patiënt en die lijkt te ontbreken (Romme 1981). Dan bestaat nog de kans op overdrachtspsychoses, verlies van egocontrole en desintegratie, waardoor het zelfvertrouwen verder wordt aangetast in plaats van versterkt (Lamb 1981). Met betrekking tot de medicatie kan gezegd worden dat een positief gevolg van de psychofarmacologische behandeling vooral voor de excessieve symptomen is aangetoond: zij verminderen. Het effect op de negatieve symptomatologie wordt echter zeer gering genoemd. Schooler e.a. (1984) komen tot de conclusie dat naarmate patiënten chronischer zijn, er meer kans bestaat dat er geen verschil is in de uitwerking van medicatie of die van placebo's. Liberman (1984) deelt mee dat 15% tot 30% van de door hem onderzochte chronische schizofreniepatiënten niet slechter functioneren met placebo's dan met neuroleptica in een actieve psychosociale behandelingsomgeving. Toch vormt de medicatie een bijzonder essentieel aspect van de behandeling als uit onderzoek blijkt dat 70% van een onderzochte groep ontslagen psychiatrische patiënten wordt heropgenomen omdat ze de medicatie niet of te onregelmatig innemen (Dincin 1981).

De basis waarop het benaderen van de pathologie berust teneinde

chroniciteit tegen te gaan, is te herleiden tot twee gezichtspunten. Het eerste gezichtspunt heeft vooral aandacht voor specifieke individuele symptomatologie en het tweede heeft speciale aandacht voor het kenmerkende sociaal functioneren van de chronische patiënt. Beide gezichtspunten vooronderstellen homogeniteit ten aanzien van de bepaalde kenmerken van de chronische populatie en komen ieder tot een weliswaar naar deze gezichtspunten gedifferentieerd, maar toch homogeen behandelingsaanbod. Ten aanzien van de symptoombestrijding zien we vooral farmacotherapieën die bij verschillende onderzoeken niet tot eenduidige resultaten leiden. Met betrekking tot het sociale functioneren zien we dat de chronicus voor 24 uur per etmaal in het psychiatrisch ziekenhuis is opgenomen, waar hem een aantal afdelingsmilieu's wordt aangeboden. In deze benaderingswijze treffen wij een aantal dominante standpunten aan. Zo wordt ervan uitgegaan dat, indien de term 'genezen' na een bepaalde therapeutische periode niet van toepassing is op de patiënt omdat diens gedrag onvoldoende veranderd is, er sprake is van een chronische aandoening of ziekte die therapieresistent is. Daarnaast verklaart men de patiënt ongeneeslijk en uitbehandeld; dat wil zeggen dat het perspectief ten aanzien van individuele veranderingssgerichte behandeling ontbreekt. Een model waarin gecategoriseerd-invaliditeitsdenken prevaleert.

### **Homogeniteit van kenmerken versus heterogeniteit van behoeften**

We constateren dat sinds het begin van de jaren tachtig in de vakliteratuur een discussie gevoerd wordt over toepassing en consequenties van beide standpunten (Van Eck 1985; Giel 1984; Romme 1984; Van den Bosch 1984; Gersons 1982, 1984). Omwille van de duidelijkheid verdelen we de discussiepartners in diegenen die de opvatting zijn toegedaan dat chroniciteit bestreden moet worden door ingrijpen in de omgeving, hier gemakshalve 'extramuralisten' genoemd en in diegenen die meer de pathologie nemen als invalshoek van verandering van chroniciteit, door ons hier 'intramuralisten' genoemd. In de discussie dringt zich het beeld op dat naarmate 'extramuralisten' ideeën en praktijken over zorg voor chronische patiënten naar voren brengen en zich daarbij steeds verder van de intramurale positie verwijderen, 'intramuralisten' nadrukkelijker beargumenteren dat de ernst van de ziektebeelden en het gehandicapt sociaal functioneren van chronici nopen de positie van chronisch psychiatrische patiënten intramuraal te handhaven. Zo wijst Giel (1984) een te voortvarend uitplaatsingsbeleid met betrekking tot chronici als onverstandig van de hand. Hij komt tot deze uitspraak omdat de sociale beperkingen, waaronder ook het hospitalisatiesyndroom, niet alleen toe te schrijven zouden zijn aan de psychiatrische voorzieningen. Ook Gersons (1982) wijst op het ontstaan van omvangrijke misstanden doordat de massale verwijdering van chronici uit de inrichtingen in de Verenigde Staten niet ge-

paard ging met ambulante alternatieve opvang, zodat patiënten niet alleen lijden aan de ellende van hun ziekte, maar tevens verkommeren onder vaak miserabele leefomstandigheden. In zijn inaugurele rede als hoogleraar in de psychiatrie aan de Rijksuniversiteit te Utrecht meldt hij bovendien dat de de-institutionalisatie-experimenten weinig reden bieden voor optimisme. De meeste patiënten vertonen buiten het ziekenhuis evenveel symptomen als daarbinnen (Gersons 1985). Romme (1982a) daarentegen benoemt de ontslagbelemmerende factoren niet als persoonsgebonden, maar als milieukeurmerken van het ziekenhuis waar de chronische patiënt verblijft. Zo propageren hij e.a. (1982b) een moratorium op de investering in de nieuw- en verbouw van psychiatrische ziekenhuizen omdat deze schadelijk zouden zijn. Een voortzetting van deze lijn vertegenwoordigt staatssecretaris Van der Reijden (1984) min of meer met zijn beleidsvoorstellen die zich richten op de totstandkoming van gestructureerde nazorgprogramma's en een netwerk van beschermende woonvormen voor de in homogeniteit toenemende chronisch psychiatrische populatie.

Zowel het meer dynamische interactief-revalidatiemodel als het meer van stabiliteit getuigende gecategoriseerd-invaliditeitsmodel – zo constateren wij – gaan uit van homogeniteitsdenken met betrekking tot kenmerken van de chronische populatie. Een denkwijze overigens die in de psychiatrie, vanuit haar medische invalshoek, een stevig gevestigde traditie kent en die er mede toe bijdraagt dat ook het behandelingsaanbod homogeen en beperkt van aard is. Wij zijn de mening toegedaan dat dit homogeniteitsbeginsel de chronisch psychiatrische patiënten extra invalideert. Het eerste motief voor deze stelling is de overweging dat het homogeniteitsdenken ervan uitgaat dat deze patiënten een nauwelijks gedifferentieerde populatie vormen; deze patiënten zijn óf door het verblijf in het ziekenhuis óf door de overeenkomstige pathologie van gelijke gesteldheid geworden. In de literatuur lezen we dat de aanvankelijk gestelde diagnose van minder belang wordt naarmate de opnameduur langer is, dat de inrichtingsafhankelijkheid toeneemt evenals de verzorgingsbehoefte en het gehandicapt sociaal functioneren. Een dergelijke opvatting leidt tot eenzelfde ongedifferentieerd behandelingsaanbod voor al diegenen die tot de categorie chronici gerekend worden, terwijl in het licht van behandeling en zorg al bij het aannemen van die homogeniteit vraagtekens geplaatst kunnen worden. Zo schrijft Talbott (1984) dat alleen al de term homogeniteit impliceert dat deze mensen identiek zouden reageren op een zelfde behandelingsaanbod; en dat is zeker niet het geval. Ook Kirby e.a. (1984) tonen aan dat chronici geen homogene groep vormen omdat er significante variatie bestaat in onder andere demografische karakteristieken, beroepsmogelijkheden en zelfredzaamheid (community-survivalskills).

Een tweede motief tot onze stellingname dat homogeniteitsdenken de chronische patiënt invalideert, wordt gevormd door eigen onder-

zoeksgegevens. Enerzijds viel daaruit op te maken dat chronische patiënten op een groot aantal kenmerken geen homogene categorie vormen. Anderzijds zagen we een grote gevarieerdheid in pathologie en verschillen in niveaus van sociaal functioneren. Hieruit kunnen hulpvragen gedestilleerd worden die zeer heteroog van aard te noemen zijn, zodat een divers behandelingsaanbod in voldoende mate kan aansluiten bij de diversiteit aan behoeften van chronische patiënten. Het formuleren van die behoeften zou een voortdurend en dynamisch proces kunnen zijn waarin hulpverleners, verzorgenden en patiënten betrokken zijn. Via hernieuwde indicaties zou steeds opnieuw beoordeeld kunnen worden vanuit zowel de pathologie als persoonsgebonden-, én omgevingsgebonden mogelijkheden en begrenzingen, wat de hulpvraag en het bijpassende antwoord kunnen zijn. Ook andere auteurs constateren of hypothetiseren een dergelijke heterogeniteit van behoeften in relatie tot de hulpvragen. Zo constateert de al eerder genoemde Paul (1984) eveneens zeer verschillende niveaus van sociaal functioneren bij chronisch patiënten en vindt hij dat het begrip homogeniteit ten aanzien van behandeling van chronici onbruikbaar is.

De hulpverlening met betrekking tot chronische psychiatrische patiënten zien wij als een decoderingsproces van signalen. Zowel signalen van individuele patiënten als signalen uit groepen patiënten dienen te worden vertaald in behoeften en hulpvragen. Daarnaast spelen de signalen uit de omgeving eveneens een belangrijke rol in het ontwikkelen van een adequaat hulpaanbod. Het is onze opvatting dat de toepassing van homogeniteitsbeginselen dit hulpverleningsproces alleen maar kan hinderen. In een volgend artikel zullen we nader ingaan op ons onderzoeksproject waarin de heterogeniteit van de hulpvraag als basisidee centraal staat.

## Literatuur

- Bosch, R. van den (1984), Mogelijkheden en onmogelijkheden voor chronisch psychotische patiënten. *Maandblad voor Geestelijke Volksgezondheid*, 39, 12, 1297-1307.
- Claridge, G. (1972), The schizophrenias as nervous types. *Brit. Journal Psychiatry*, 121, 1-17.
- Dincin, J. (1981), A community agency model. In: J.A. Talbott, *The chronic mentally ill*, Human Sciences Press Inc., New York, 212-227.
- Eck, L.A.J.M. van, e.a. (1985), *Spanningsvelden in de psychiatrie*. Boom, Mepel en Amsterdam.
- Epstein, N.B. (1981), In: C. van der Hart, Een interview met Nathan B. Epstein, M.D. *Maandblad voor Geestelijke Volksgezondheid*, 36, 2, 122-135.
- Everaerd, W.Th.A.M. (1970), *Operante konditionering met chronisch psychiatrische patiënten*. Drukkerij Bronder-offset NV, Rotterdam.
- Eijk-Osterholt, C.A. van (1972), *Laten ze het maar voelen ... vijftig jaar belangenbehartiging voor een verpleegde*. Van Gennep, Amsterdam.
- Eijnde, I.E.I.M. van de (1976), Wonen en hospitalisatie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 18, 2, 87-99.

- Fairweather, G.W. (red.), (1964), *Social psychology in treating mental illness: an experimental approach*. John Wiley & Sons Inc., New York.
- Fairweather, G.W., e.a. (1969), *Community life for the mentally ill: an alternative to institutional care*. Aldine Publishing Company, Chicago.
- Foudraïne, J. (1971), *Wie is van hout?* Ambo NV, Bilthoven.
- Gersons, B.P.R. (1982), Het lot van de chronische psychiatrische patiënt in de Verenigde Staten. *Maandblad voor de Geestelijke Volksgezondheid*, 37, 10, 1023-1036.
- Gersons, B.P.R. (1984), De chronische patiënt. Verslag van het symposium 'De chronische patiënt'. *Maandblad voor de Geestelijke Volksgezondheid*, 39, 1, 60-66.
- Gersons, B.P.R. (1985), De gecompliceerde verhouding tussen psychiatrie en samenleving. In: L.A.J.M. van Eck e.a., *Spanningsvelden in de psychiatrie*, Boom, Meppel en Amsterdam, 9-29.
- Giel, R. (1979), De keerzijde van het therapeutische klimaat. *Maandblad voor Geestelijke Volksgezondheid*, 34, 10, 604-616.
- Giel, R. (1984), Onze moeite met moeilijke mensen. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 26, 4, 244-261.
- Goffman, E. (1961), *Asylums*. Penguin Books, New York.
- Gruenberg, E.M. (1967), The social breakdown syndrome - some origins. *American Journal for Psychiatry*, 123, 12-20.
- Keith, S.J., en S. Matthews (1984), Schizophrenia, implications of the treatment approach in predicting outcome. In: M. Mirabi, *The chronically mentally ill*. Lancaster, MTP-Press Ltd., 263-273.
- Kirby, M. (1984), The chronic mental patient: a national perspective. In: M. Mirabi, *The chronic mentally ill*. Lancaster, MTP-Press Ltd., 2-33.
- Lamb, H.R. (1981), Individual psychotherapy. In: J.A. Talbott, *The chronic mentally ill*. Human Sciences Press Inc., New York, 66-83.
- Lieberman, R.D. (1984), Drug-psychosocial interaction in the treatment of schizophrenia. In: M. Mirabi, *The chronically mentally ill*. Lancaster, MTP-Press Ltd., 175-215.
- Lindsley, O.R. (1956), Operant conditioning methods applied to research in chronic schizophrenia. *Psychiatric Res. Reports*, 5, 118-139.
- Lindsley, O.R. (1960), Characteristics of the behavior of chronic psychotics as revealed by free operant conditioning methods. *Diss. Nerv. System*, 21, 66-78.
- Offerhaus, R. (1983), *Wachten op oneindig*. Van Loghum Slaterus BV, Deventer.
- Parras, A. (1974), The lounge: Treatment for chronic schizophrenics. *Schizophrenia Bulletin*, 10, 93-96.
- Paul, G.L. (1984), Residential treatment programs and aftercare for the chronically institutionalized. In: M. Mirabi, *The chronically mentally ill*. Lancaster, MTP-Press Ltd., 239-263.
- Polak, P.R., en J.G. Muskateel (1981), A community mental health center model. In: J.A. Talbott, *The chronic mentally ill*. Human Sciences Press Inc., New York, 198-212.
- Pompe, L.Th., en F.J. van der Kroon (1887), *Verslag van het geneeskundig gesticht voor krankzinnigen 'Coudewater' te Rosmalen over het vijftienjarig tijdvak van 1870-1885*. Teulings, 's-Hertogenbosch, Bibliotheek Centraal Bureau der Godshuizen, nr. 6.57.

- Poslavsky, A. (1973), Over klinische toepassing van gedragstherapie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 15, 41-55.
- Reijden, J.P. van der (1984), *Geestelijke Volksgezondheid*. Nota Tweede Kamer, vergaderjaar 1984-1985, 18463, nrs. 1-2, Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur.
- Romme, M.A.J., e.a. (1981), *Wat is sociale psychiatrie?* Samsom, Alphen aan den Rijn.
- Romme, M.A.J., e.a. (1982a), *Langdurig verblijf in het APZ*. Rijksuniversiteit Limburg, afdeling Sociale Psychiatrie, Maastricht.
- Romme, M.A.J., e.a. (1982b), *De Volkskrant*. 30 september.
- Romme, M.A.J. (1984), Verschillende manieren van omgaan met moeilijke mensen. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 26, 7, 528-534.
- Ruiter, B. de (1975), A. Token economy: een motiverende omgeving voor chronische patiënten. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 3, 194-204.
- Ruiter, B. de (1975), B. Token economy II. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 17, 12, 789-799.
- Ruiter, B. de (1986), Token economy bij chronisch psychiatrische patiënten. In: P.F.M. Kop, F.J. Grauenkamp en L.M.G. Curfs, *Gedragsmodificatie in de intramurale gezondheidszorg*. Van Loghum Slaterus BV, Deventer.
- Sanders, D.H. (1972), Innovative environments in the community: a life for the chronic patient. *Schizophrenia Bulletin*, 6, 49-59.
- Schipper, J.A. (1978), De chronische patiënt: behandeling van een bejegening. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 20, 285-293.
- Schooler, N.R., en J.B. Severe (1984), Efficacy of drug-treatment for chronic schizophrenic patients. In: M. Mirabi, *The chronically mentally ill*. Lancaster, MTD-Press Ltd., 125-143.
- Spijker, H., en G. van de Wijngaard (1984), *Na Dennendal*. Stichting Uitgeverij Trezor, Utrecht.
- Szasz, T.H. (1974), *The age of madness: the history of involuntary mental hospitalisation*. Aronson, New York.
- Talbott, J.A. (1981), Succesful treatment of the chronic mentally ill. In: J.A. Talbott, *The chronic mentally ill*. Human Sciences Press Inc., New York, 15-27.
- Talbott, J.A. (1984), The chronic mental patient, a national perspective. In: M. Mirabi, *The chronically mentally ill, research and services*. Lancaster, MTP-Press Ltd., 7-27.
- Visiecommissie Psychiatrisch Centrum St. Bavo (1973), *De chronische patiënt*. Tweede rapport, Noordwijkerhout.
- Vijsselaar, J. (1982), *Krankzinnigen gesticht, Psychiatrische Inrichtingen in Nederland, 1880-1910*. Fibula van Dishoeck, Haarlem.
- Wing, J.K. (1962), Institutionalism in mental hospitals. *Brit. Journal soc. clinical Psychology*, 1, 38-51.
- Wing, J.K., en G.W. Brown (1970), *Institutionalism and schizophrenia*. Cambridge University Press, Londen.

Schrijvers zijn psycholoog, werkzaam respectievelijk bij de Rijksuniversiteit Utrecht, vakgroep Klinische Psychologie, en bij Ziekenhuis De Grote Beek te Eindhoven.