

Maastricht, oktober 1977
A.G.W. Hilberink

De TAAK van de SOCIAAL PSYCHIATRISCH VERPLEEGKUNDIGE, een beleidsvisie

Lezing gehouden op de studiedagen van de Nederlandse Vereniging van
Sociaal Psychiatrische Diensten, 25-26 oktober 1977 te Beekbergen

I. Inleiding

Dames en heren,

Ik heb voor deze lezing bovengenoemde titel gekozen om een heel eenvoudige reden. Zoals verschillenden van U zullen weten, ben ik geen psychiater, psycholoog, s.p.v. of maatschappelijk werker, doch heb ik de functie van manager.

Daarom is het een vanzelfsprekendheid, dat ik de taak van de s.p.v. vanuit een andere hoek bekijk en wel vanuit de hoek van de man, die een beleid probeert te voeren. Tegen deze achtergrond kijk ik noodgedwongen op een andere wijze naar de taken van de GGZ-medewerkers, dus ook naar die van de s.p.v. dan een inhoudelijk deskundige.

Ik vlei me daarbij met de hoop, dat het ook voor U - s.p.v.-ers - wel eens interessant kan zijn een beleidsvisie te horen. Tegelijk wil ik U hierbij waarschuwen voor de beperkingen, die iedere beleidsvisie heeft. Een beleid kan niet meer zien en laten zien dan grote lijnen. Een beleidsvisie werkt in de breedte en nooit tot in de details. Wat ik U vandaag ga vertellen, is per definitie een beperkte visie, een paar grote lijnen, van waaruit Uzelf - als U dat tenminste wilt - een verdere uitwerking zult moeten plegen. Ik kan niet meer geven dan een aanzet, een duw in een of andere richting. U zult zelf in deze studiedagen voor de rest van de invulling moeten zorgen.

x x x

II. Psychiatrie

Toen ik deze zomer de uitnodiging om hier iets te zeggen had geaccepteerd, ben ik me eerst eens gaan verdiepen in wat geschiedenis. Ik heb een paar oude studieboeken voor s.p.v.'s doorgesnuffeld. Titels als "Algemeen leerboek voor het verplegen van geestes- en zenuwzieken" ¹⁾, "Sociaal-psychiatrische casuïstiek" 2), en "Sociale Psychiatrie voor maatschappelijk werkenden" 3) zullen de ouderen onder U nostalgisch bekend in de orden klinken. Maar het bracht me tegelijk op een zeer wezenlijke vraag: wat is dat. . . sociale psychiatrie?

In zijn boek "Inleiding tot moderne psychiatrische denkwijzen 4) zegt Kuiper op pag. 81: - iedere psychiatrie moet sociaal zijn - . Als beleidsman zit je dan even wat vreemd te kijken: er zijn psychiatrische verpleegkundigen en sociaal psychiatrisch verpleegkundigen, psychiaters en sociaal psychiaters, maar iedere psychiatrie moet sociaal zijn. Voor een beleidsman is dat een verwarrende en bijna niet te verteren zaak - er zijn poezen en witte poezen, maar alle poezen moeten wit zijn. Daar kan een beleidsman geen kant mee op en dus dook ik in een aantal oude en nieuwe boeken over psychiatrie en ik vond een heel scala van terminologie. Er is psychiatrie en psychiatrie - klinische, ambulante, forensische, antropologische, natuurwetenschappelijke 4), biologische, etno 5), neuro, psychodynamische, kinderpsychiatrie, interactionele, residentiële, transculturele en existentiële psychiatrie 6), sociale en preventieve psychiatrie 7).

Bij het lezen van dit alles - en dit is waarschijnlijk nog maar een greep, er zijn veel meer boeken dan ik ooit zal lezen - werden alle bijvoeglijke naamwoorden een kreet, waar ik niets mee doen kan. Zeker niet voor het onderwerp van vandaag. Ik sloot me daarom maar aan bij Romme en Fischer, die in interne rapporten respectievelijk stelden: "de psychiatrie leeft in een grote verwarring, waaruit voorlopig nog geen helderheid te verwachten is 8) en: de psychiatrie is in een onzekere evolutie geraakt, zonder houvast aan tradities" 9). Tegelijk moet geconstateerd worden, dat de psychiatrie een explosieve ontwikkeling doormaakt. Een ontwikkeling, die nog lange niet ten einde is.

III. Sociale psychiatrie

Laat ik terugkeren tot het onderwerp "sociale psychiatrie". Ook over dit onderwerp is heel wat te lezen en zijn er tal van definities en omschrijvingen. Wanneer ik de namen van Querido en Trimbos noem, weet U beter dan ik wat zij over sociale psychiatrie gezegd hebben. Bastide geeft het begrip "sociale psychiatrie" maar liefst negen definities nee 5).

Ik zal U de uitleg ervan besparen.

Wel wil ik wijzen op een aantal officiële rapporten, waarin iets gezegd is over de taak en werkwijzen van de sociaal psychiatrische diensten. Ik noem de nota Streekcentra, de eerste en tweede RIAGG-nota, de nota Kruisinga 10).

In het in deze laatste nota opgenomen advies van de Centrale Raad (bijlage 13) wordt gesteld, dat de SPD "in het totale patroon van gezondheidszorg een specifieke functie heeft". Als kernfuncties worden aange-merkt: begeleiden, bemiddelen, het geven van advies en het functioneren als communicatieorgaan.

Er wordt diep ingegaan op organisatie en stafvorming, maar het werkelijk specifieke van de sociale psychiatrie blijft m.i. toch ergens steken. Bovendien is sinds 1971 de praktijk sterker gebleken dan de leer en zijn verschillende SPD-en een andere dan de hier aangegeven koers gaan varen.

Ook de boeken van Esser 11) maakten me niet veel wijzer en Gribling bracht me eigenlijk nog meer in verwarring met zijn conclusie: "Het sociaal psychiatrisch werk blijkt gericht op de interactie van omgeving en individu met dien verstande, dat een hulp aan het individu voorop staat. Want de interactie wordt als problematisch ervaren, gezien op basis van psychische stoornissen bij dit individu" 12) 13).

Had ik deze conclusie niet al eens eerder gelezen? Toen ging het niet over sociale psychiatrie doch over psycho-dynamische psychiatrie.

Weliswaar stelt Gribling: op dezelfde pagina: een volgende fase in de ontwikkeling van het sociaal psychiatrisch werk zal betrekking hebben op het meer centraal komen staan van de milieu-beïnvloeding op zich, los van het individu" 12), maar verder dan deze voorspelling komt hij niet. Integendeel. Verderop stelt hij nl., "dat hij de sociale psychiatrie altijd van psychiatrische, soms van medische aard acht" 12).

Een opmerking, waarmee hij mij in ieder geval weer helemaal het "enge buitenbos" instuurde (fabeltjeskrant).

Al met al wist ik nog niet wat sociale psychiatrie was en was ik geen stap opgeschoten in de richting van de taak van de s.p.v.

IV. Hoofdschema

Maar een beleidsman blijft dan erg ontevreden en probeert toch de grote lijn, de rode draad te vinden. Daar moet hij mee proberen te werken en zijn beleid op af stemmen. En na het lezen van Foucaults' Geschiedenis van de waanzin 14) en een aantal andere artikelen en rapporten, o.a. van Fischer 9) meen ik een lijn gevonden te hebben, waarmee te werken valt.

Het is geen nieuwe lijn, het zijn geen nieuwe gedachten, maar het kan wel een basis zijn voor psychiatrisch werken en handelen.

Volgens deze gedachte is het psychiatrisch handelen te onderscheiden vanuit drie hoofddenkrichtingen:

- het biologisch (organisch-ziektekundig) denken in de psychiatrie
- het psychologisch denken in de psychiatrie
- het sociologisch denken in de psychiatrie 9).

Ik wil even stilstaan bij de ontwikkelingen van deze drie denkrichtingen.

- Het biologisch denken in de psychiatrie ontstond tijdens de opbloei van de natuurwetenschappen. Zoals ook voor somatisch lijden wilde men voor psychisch lijden een "oorzaak" zoeken. De Franse arts Pinel trachtte in Bicêtre aan te tonen, dat mensen met afwijkend gedrag organisch ziek zouden zijn. Hemzelf lukte dit niet, maar opvolgers van Pinel vonden wel verbanden tussen afwijkend gedrag en organische stoornissen.

Afwijkend gedrag, waanzin was niet meer een straf van God of een noodlot 14) doch werd verheven tot 'ziekte'. Nog in de 19e eeuw werden veel ontdekkingen gedaan, die dit uitgangspunt ondersteunden. Bij dementie, bij stoornissen in het endocriene systeem zoals schildklier-afwijkingen, bij lues en nog een aantal infectieziekten kon aantoonbaar worden vastgesteld, dat een organische stoornis of afwijking verantwoordelijk was voor een aantal psychiatrische beelden van vreemd gedrag. De ontdekkingen verwekten grote onschudding, maar verklaarden lang niet alles.

Van 1900 - 1950 gebeurden er minder spectaculaire zaken, al stond de ontwikkeling niet stil, Kraepelin, Jaspers, Bleuler, maar na 1950 veranderde het patroon ingrijpend. De ontdekking van de mono-aminen en de psychofarmaca, de ontwikkeling in de encephalografie, neurofysiologie, neurbiochemie, de ontdekkingen over de werkingen van de hersencel, over de genetische componenten als predisposities van debilitas en psychisch dysfunctioneren zijn waarschijnlijk belangrijker en verstrekkender dan we vermoeden. Het biologisch denken in de psychiatrie is op dit ogenblik in volle en nieuwe ontwikkeling. Een paar voorbeelden 15):

- er is veel meer bekend geworden over organische psychosen, waarbij een hersenletsel een aanwijsbare oorzaak is. Voorbeelden: hersenatrofieën, tumoren, schedeltraumata.
- er is veel meer bekend geworden over symptomatische psychosen, die het gevolg zijn van algemeen lichamelijk lijden. De invloed van lichamelijk lijden op het gedrag van mensen blijkt groter te zijn dan we dachten. Zo weten we allen, dat nefritis tot psychotisch gedrag kan leiden. Kortgeleden werd een geval ontdekt, waarbij een nog niet gediagnostiseerde, beginnende borstkanker tot ernstig depressief gedrag leidde. Na de borstampuatie verdween de depressie, hoewel men het omgekeerde zou verwachten.
- maar vooral zijn van belang de nieuwe ontdekkingen op het gebied van de psychiatrische systeemziekten, zoals bepaalde depressieve en schizofrene syndromen.
In onderzoeken wordt in toenemende mate aangetoond, dat deze psychiatrische stoornissen het gevolg kunnen zijn van een of andere stofwisselingsstoornis, die een genetische basis heeft. Dit betekent, dat mensen met deze genetische basis een pre-psychotische dispositie hebben en dus kwetsbaarder zijn dan anderen, maar hoe diagnostiseer je dan? Hoe ontdek je, dat het een systeemziekte is? Loop je niet het gevaar met psychotherapie te beginnen, terwijl er juist een (onbekende) contra-indicatie bestaat?
Hoewel deze onderzoeken nog veel twijfels oproepen en de conclusies nog lang niet valide zijn, is de ontwikkeling toch te belangrijk om te negeren.
- Tenslotte zijn er nog de ontwikkelingen in de behandeling van psychosomatosen, met objectievere diagnostische methodieken; de bezinning op het dag- en nachtrythme en de structuur van de slaap, hetgeen van groot praktisch belang kan zijn voor werkers in continu-diensten. En hoe groot de draagwijdte van zo'n ontwikkeling is, kunt U als verpleegkundige beter beoordelen dan ik.
Mijn conclusie uit deze korte en zeker niet volledige beschouwing is, dat we het biologisch denken in de psychiatrie niet kunnen en mogen ontkennen. Wie zich er van afmaakt met de kreet "het medisch model heeft afgedaan" weet niet, waarover hij spreekt en maakt dezelfde fout, die wij anderen verwijten.

- De tweede denkrichting is het psychologisch denken in de psychiatrie, dat ontstaan is aan het eind van de 19e eeuw en dat nog veel grotere ontwikkelingen heeft doorgemaakt dan het biologisch denken. Grote namen als Freud, Adler, Jung, Pawlow, Piaget, Erikson, Sullivan, Fromm, Rogers, Maslow, Perls, enz. enz.... het is een lange rij en er zijn tienduizenden publicaties in vele talen. De ontwikkelingen zijn spectaculair en hebben goede resultaten.

Al het GGZ-handelen en denken is doordrenkt van deze denkrichting, die uitgaat van de ontwikkelingspsychologie, waarin de behoeften van de mens en het groeimodel centraal staan.

Er is een veelheid van therapieën ontstaan, die vooral via bewustwording en training de mens tot beter gedrag en tot persoonlijke groei trachten te brengen. Vooral Maslow legt de nadruk op de zelfverwerkelijking als eindprodukt van menselijk zijn.

Wanneer ik nu niet verder uitweid over dit psychologisch denken, dan doe ik dit niet uit gebrek aan waardering, maar omdat U er veel meer van afweet dan ik én omdat dit denken in het GGZ-handelen centraal staat.

Het psychologisch denken is het alles overheersende denken geworden. Zoals iedere monopolie-positie zou ook deze tot verenging van ons handelen kunnen leiden.

Maar nogmaals: het psychologisch denken is geworden tot een grondig fundament, van waaruit alle andere lijnen gestructureerd zouden kunnen worden.

- Het sociologisch denken in de psychiatrie is nog het meest diffuse, het meest verwarrende. Wanneer Sullivan stelt: "een mens is zijn sociale relatie" 16) dan behoeft het begrip 'relatie' een nadere precisering, omdat dit begrip een aantal aspecten heeft, die zowel persoonlijk als structureel van aard zijn.

De mens wordt pas mens in samenleving met anderen. Maar deze samenleving vereist organisatie en deze organisatie geeft aan de relatie haar structureel (en onpersoonlijk) karakter. De mens kent vele functies en rollen, waarin gedragspatronen zijn vastgelegd. Man-vrouw, ouder-kind, chef-ondergeschikte, zijn een paar voor de hand liggende relaties, waarin de cultuur een aantal vaste patronen heeft ingeslepen. Op straffe van afwijkend gedrag is men genoodzaakt deze rollen volgens de bekende patronen te spelen, te hanteren. Nu is er een veelheid van functies en rollen, die volgens bepaalde wetten, normen en regels gespeeld moeten worden. Ik ben bijv. ook buurtbewoner, lid van een kerk, lid van een vereniging, belastingbetaler, verkeersdeelnemer, consument, dienstverlener, enz. enz. Maar ook in andere relaties, zoals burgerneester--stadsbewoner, politie-agent-verkeersovertreder, leraar-leerling, spreker-toehoorder, enz. zitten sterke gedragsregels, die alleen op kosten van (morele) bestraffing overtreden kunnen worden.

Met andere woorden een mens zal in een relatie op twee wijzen investeren, nl. in een persoonlijk en vrij deel en in een structureel en dus onvrij deel.

Nu hebben sociologen en antropologen aangetoond, dat de mens veel meer aan regels gebonden is, dus veel meer onvrij is, dan we veronderstelden en dat veel mensen - zo niet alle -- in dit tijdsbestek in een voortdurende strijd gewikkeld zijn tussen regels en eigen vrijheid (E. Wulff - Normopathie - sociaal conforme neurose).

Het is een gelukkig feit, dat er in onze relaties structureel zoveel vastligt. Was dit niet zo, dan zou enerzijds ons gedrag minder voorspelbaar en dus verwarrender zijn en tot chaotische toestanden leiden, anderzijds zou het telkens opnieuw creatief invullen van een relatie aan ons zulke hoge eisen stellen, dat onze psychische energie tekort zou schieten. Het bedenken en opstellen van telkens nieuwe regels en procedures is een hoogst vermoeiende en frustrerende aangelegenheid. Juist in onze maatschappij, waarin zoveel normen en waarden veranderen, weten we dikwijls niet meer waar we staan en hoe we moeten handelen. Janet 5) is dan ook van mening, dat de huidige maatschappij door haar snelle veranderingen de mens steeds meer psychische energie gaat kosten, waardoor er te weinig overblijft voor de invulling van de intieme, vrije relaties. En Fromm 17) gaat nog verder door te stellen, dat de huidige maatschappij in psychiatrische zin pathologisch is. De mens, die zich met de normen van deze maatschappij, dus met haar pathologie, conformeert, identificeert, wordt daardoor vanzelf neurotisch.

En Horney tenslotte: de neurose is de prijs, die de mens voor zijn culturele ontwikkeling moet betalen 18).

Vanuit deze gedachten heeft het sociologisch denken in de psychiatrie haar ingang gevonden. Nu is men pas aan het eind van de 19e eeuw begonnen met de systematische studie van samenleving en cultuur. Het sociologisch denken in de psychiatrie is daarom erg jong en is in eerste instantie gestart met onderzoekingen o.a. naar het voorkomen van afwijkend gedrag, van Psychiatrische ziektebeelden, van opnames in inrichtingen, van de ecologie van stadswijken en de verdeling van geesteszieken t.o.v. deze wijken, onderzoekingen naar de psychiatrie van beroepsgroepen, sociale groepen, religieuze groepen, etnische groepen, 5) enz. enz. Teveel om op te noemen.

Al deze onderzoeken zijn niet zonder betekenis. Wanneer wij zouden kunnen ontdekken hoe en waarom mensen onder bepaalde omstandigheden meer afwijkend gedrag vertonen dan zouden wij iets kunnen bedenken over de verandering van deze omstandigheden. 19).

Doch hier ontmoet ik een grote leemte. De sociologische bezinning en het sociologisch onderzoek is erg heterogeen. Het blijft bij bezinning en onderzoek en men gaat niet over tot actie.

Er zijn verbanden geconstateerd tussen gebeurtenissen, doch er is geen duidelijk actieveld uitgegroeid. Wel wijzen alle bezinning en onderzoek in dezelfde richting: er zijn ziekmakende omstandigheden en structuren.

V. Analyse van de huidige stand van zaken

Uitgaande van deze stelling is het ietwat ontmoedigend te constateren, dat de eerste aanzetten tot sociale actie een beetje weggeëbd zijn. In de zestiger jaren waren we het allemaal met elkaar eens. We lazen Marcuse's Eendimensionale mens, we luisterden naar Sartre's existentialisme en naar de God-is-dood--theorieën en kwamen tot de conclusie, dat we of de ene óf de andere kant op moesten. Op dit moment lijkt het, dat Sartre dood is en Marcuse begraven. Fromm lezen we niet meer, de studenten van toen zijn de aangepaste burgers van nu, de protestleiders van toen zijn de hoogleraren van nu (Duitske), terwijl we de studenten van nu niet eens meer horen, zo stil zijn ze, hetzij studerend of democratiserend, dat weet ik niet.

Is het dan toch zo, dat de grote en snelle veranderingen tot gevolg hebben gehad, dat de zich vrijer voelende mens zich al te vrij en dus onzeker, onveilig ging voelen? Dat daarom experimenten met nieuwe samenlevingsvormen, net een andere sexuele moraal niet doorgezet zijn en dat de vrije mens toch kiest voor een meer vaste basis, een groter onveranderbaar deel in zichzelf, waar hij zich aan kan vasthouden, waar hij op kan bouwen? Is de poging om het vrije deel in de mens te vergroten dan mislukt? Of is deze poging wel gelukt en hebben we het optimum in de verhouding tussen het vrije deel en het onvrije deel in de mens - voor dit ogenblik althans - bereikt?

Ik weet het niet. Er zijn een paar feiten, die mij doen twijfelen. Voorbeelden:

- In deze laatste 10 jaar is het arbeidsverzuim verdubbeld, het aantal arbeidsongeschikten nadert de half miljoen, het aantal werklozen de kwartmiljoen.
- de jeugdwerkloosheid is 25%, tenminste als we iedereen, die zgn. studeert en zijn studie niet zal beëindigen, niet meetellen.
- de huidige crisis kent weliswaar geen materiële armoede, maar leidt duidelijk tot een gebrek aan zingeving van het menselijk bestaan. De arbeidsethiek is nauwelijks een- of tweehonderd jaar oud en toch moet ze verdwijnen. Vóór Marx was de arbeid een straf (in het zweet des aanschijns), van Marx tot nu was de arbeid de zingeving van het leven en nu zijn begrippen als 'arbeid adelt' en 'wie niet werkt, zal niet eten' plotseling verouderd en gewoon niet meer waar, niet meer eerlijk. (Mag ik eens een stoute voorspelling doen: binnen 10 jaar zal de Partij van de Arbeid haar naam veranderd hebben óf is deze naam lachwekkend geworden.)

Hoe we ook denken over deze feiten, is niet van belang voor het onderwerp van vandaag. Duidelijk is, dat de mens voor een deel "vrij" is in zijn gedrag en voor een deel "onvrij", nl. bepaald door genen, opvoeding, waarden, normen, regels, wetten.

En dit is toch een belangrijk gegeven, waar ik even "bij stil wil blijven staan.

Het psychologisch denken in de psychiatrie richt zich voornamelijk op het vrije deel in de mens.. In dat deel kan de mens veranderen, groeien, tot zelfontplooiing komen, eigen verantwoordelijkheid dragen, eigen keuzen bepalen, zichzelf verwerklijken, enz. in een dynamisch proces met zichzelf, zijn relaties, zijn omgeving.

Het sociologisch denken in de psychiatrie dient zich te richten op het onvrije deel in de mens, het deel dat door structuren en normen beheerst wordt, maar ook door onmacht, angst, verkramping, enz. Aanzetten tot dit sociologisch denken zijn gegeven door o.a. Watzlawick en Berne. Watzlawick 21) toont aan, dat er vaste spelregels in de communicatie zijn en moeten zijn, omdat anders verwarring onvermijdelijk is. Berne 20) gaat uit van de gedachte, dat in ieder mens de structuur - ouder, volwassene, kind - aanwezig is. Drie zijswijzen, drie rollen, drie functies. Beide auteurs geven bepaalde onvrijheden aan en maken het mogelijk om tot handelen vanuit de sociologische theorieën over te gaan. Berne wekt de suggestie, dat ieder mens volwassen moet worden, maar Maslow 22) is van mening, dat slechts één procent van de mensen deze zelfverwerkelijking kan bereiken. Moeten we daarom niet veel meer aandacht besteden aan het onvrije deel in de mens?!

En bovendien: wie zijn onze cliënten? Zijn dat nu juist niet de mensen, die zich onvrij voelen, ingeklemd zijn, onmachtig in hun handelen en beleven?

Is bij hen juist dat vrije deel niet zó klein geworden, dat het onvrije deel alles overheerst, zodat verandering bij hen nauwelijks of niet mogelijk is? En wat doen wij dan met deze mensen? Sturen we hen weg met de mededeling: - U wilt niet veranderen, dus kan ik U niet helpen. - Of: - er zijn mensen, die niet te helpen zijn - ? Zijn onze psychologische denkkaders niet te eng voor de benadering van deze mensen en moeten we niet overgaan tot het "bredere handwerk"? 23)

Naar mijn mening kunnen we vanuit het sociologisch denken een effectief handelen in GGZ op poten zetten. We kunnen situaties analyseren, we kunnen redeneren vanuit de sociologie en de sociale psychologie, we kunnen trachten vanuit een andere benaderingswijze een andere behandelingsvorm, een andere "therapie te ontwikkelen.

Een therapie, strategie, vanuit sociologische denkkaders, dus vormen van sociale strategieën en structurende begeleiding, behandelingswijzen die goede en effectieve vruchten kunnen afwerpen.

Doch alvorens ik dit verder uit ga werken, wil ik U eerst wat meer vertrouwd maken met mijn gedachten over gezondheid en gezondheidszorg.

VI. Gezondheid en gezondheidszorg

In de praktijk blijkt, dat een definitie over gezondheid geen eenvoudige zaak is. De W.H.O. heeft gezondheid gedefinieerd in termen van lichamelijk, psychisch en sociaal welbevinden. En hoewel het arrogant mag klinken, zou ik toch liever willen uitgaan van een geheel andere gezichtshoek en wel vanuit de feitelijkheid van 'leven' en 'overleven'.

Op een of andere manier is er vanuit niet-levende stof én zonne-energie een nieuwe reeks stoffen ontstaan, die 'levende organismen' genoemd worden en die in een evolutie van vele miljoenen jaren opgeklimmen zijn van eenvoudige vormen van leven naar steeds neer gecompliceerde vormen. De meest gecompliceerde vorm zijn wij, mensen.

Bij deze levende organismen gelden een paar in wezen eenvoudige, voor de hand liggende, doch wel ingrijpende en fundamentele principes:

- alle leven wil leven, doch is gekenmerkt door zijn begin en einde, geboorte en dood.
- vanuit dit eerste principe wil alle leven overleven door middel van een reproductieproces, de voortplanting.
- omdat invloeden van buiten het levend organisme in zijn leven en overleven kunnen bedreigen, is aanpassing en verandering mogelijk. Hierdoor en door het feit, dat het reproductieproces niet al te nauwkeurig is, kunnen levende organismen zich ontwikkelen tot organismen met méér overlevingskansen. Meestal zijn dit meer ingewikkelde vormen van leven.

Nu ben ik van mening, dat we door een analyse van de wijzen, waarop dit leven tot leven en overleven is gekomen, zowel als individu en als groep en als soort; dat we door het bekijken van de wijzen, waarop dieren en mensen de kans op overleven grijpen en hoe ze zich tegenover dit leven en de natuur opstellen, dan ben ik van mening, dat we meer over gezondheid te weten kunnen komen.

Gezond leven is dan toch: op een effectieve manier te trachten te leven en te overleven en dit leven door te geven aan degenen, die na ons komen. "Gezond" is dan alles wat in dienst staat van dit persoonlijke overleven en vooral van het overleven als groep, als soort, ras, natie, stam, enz. Gezond leven is dan een wijze van leven, die de neeste kans geeft op ontwikkeling en groei van individu en groep en op het doorgeven van het leven aan een nageslacht.

Zowel vanuit vroegere culturen 24) als vanuit huidige gezondheidsonderzoeken komt naar voren, dat die mensen en groepen het meest gezond leven, die functioneren in een redelijk evenwicht met zichzelf en met hun omgeving en die daarbij kans zien de optredende spanningen en problemen op een redelijke wijze de baas te worden.

Dan is de gezonde mens iemand, die over het algemeen functioneert in een redelijk evenwicht met zichzelf en met zijn omgeving, hij kan zich in zijn omgeving redelijk handhaven, hij kan de optredende problemen op een redelijke manier hanteren en oplossen.

Een gezonde maatschappij is dan een maatschappij, die over het algemeen functioneert met een redelijk innerlijk evenwicht en in een redelijk evenwicht met de natuur, zij kan dit evenwicht redelijk handhaven, zij kan de optredende problemen op redelijke wijze hanteren en oplossen. Levende organismen trachten nu dit noodzakelijke evenwicht te handhaven door gebruik te maken van drie mechanismen, die tezamen één vermogen vormen. Deze mechanismen zijn: aanpassing, afstoting en verandering = ontwikkeling = emancipatie. Voor het ene vermogen heb ik gekozen de term: het probleemoplossend vermogen. Anderen noemen dit bij mensen: het vermogen tot analyse van zijn waarnemingen 25), het probleemhanterend vermogen, de zelfredzaamheid. In wezen zijn het verschillende termen voor hetzelfde begrip.

Dit betekent, dat een mens met een goed probleemoplossend vermogen over het algemeen een gezond mens is, zowel biologisch, psychologisch als sociaal. Bij aanvallen op het biologisch evenwicht produceert de mens antistoffen of pleegt aanpassingen in vaatwanden, organen of zintuigen. Met andere woorden, het organisme kan door middel van verschillende regulerende reacties het evenwicht weer herstellen, waardoor een aanpassing aan zeer verschillende invloeden en prikkels van de buitenwereld (bijv. toxische, infectueuze, natuurkundige, chemische, enz.) mogelijk wordt.

Wanneer dit gedurende langere tijd niet lukt, verdwijnt het evenwicht en de mens gaat via een verstoringsproces ten onder. Bij dit verstoringsproces hoort een gedrag, dat wij ziekte noemen. Ziekte is voor mij dus een "gezond" gedrag, nl. een gedrag, dat het gevolg is van een verstoord evenwicht, maar dat gericht is op overleven. Het gezondheidszorg-handelen kan nu omschreven worden als:

- A. het versterken, verbeteren van het probleemoplossend vermogen van mensen, individueel zowel als in groepen, systemen, organisaties, enz. En dit met gebruikmaking van de drie genoemde mechanismen: aanpassing, afstoting, verandering (ontwikkeling).
- B. het helpen herstellen van het probleemoplossend vermogen, daar waar dit vermogen niet adequaat neer functioneert en waar dus het evenwicht gedurende langere tijd verstoord is.
- C. het begeleiden en verzorgen van mensen, bij wie het probleemoplossend vermogen zoveel schade heeft opgelopen, dat het te zwak blijft om effectief te worden. Het kan hierbij in de bedoeling liggen een leef-situatie te creëren, die op een bepaald niveau wel draaglijk is (rolstoelen voor verlamden, zoutloos dieet voor hoge bloeddruk, een pensioentehuis voor eenzamen met gestoorde relaties-, enz.). Het is hierbij niet van principieel belang of deze schade vóór of na de geboorte is opgetreden en of ze genetische, somatisch, intra-, interpsychische of sociale oorzaken heeft. (Al is bestudering van deze oorzaken vanzelfsprekend wel noodzakelijk.)
- D. het signaleren en aanpakken van structuren, situaties, omstandigheden en leefgewoonten, die duidelijk het probleemoplossend vermogen van mensen bedreigen of aantasten.
- E. het helpen van mensen, die in deze structuren, situaties en omstandigheden leven, door hen meer weerbaar te maken tegenover deze bedreigingen.

- Door deze keuze van gezondheidszorg-handelen ontstaat er een ander type gezondheidszorg. De patiënt kan hierin niet meer consumptief-passief het handelen ondergaan, maar zal actief mee moeten werken zijn vermogens te herstellen c.q. te versterken. Passiviteit is nl. geen basis om problemen op te lossen noch om een probleemoplossend vermogen te herstellen.

- Door deze keuze kan de patient slechts in uiterste noodzaak zijn eigen verantwoordelijkheid - of een deel daarvan - overdragen aan de professionele hulpverlener of aan de maatschappij.

- Door deze keuze kan er een verdieping van de menswetenschappen ontstaan door bestudering van menselijke vermogens, zowel in delen (bijv. organen, zintuigen) als in individuen, als in groepen, als in de maatschappij zelf. Er kan bestudeerd worden hoe de mechanismen emancipatie, aanpassing en afstoting hun functies uitoefenen.
- Tenslotte kan door deze integrale aanpak de mens benaderd worden als een integraal functionerend wezen, naar wie we op verschillende wijzen kunnen kijken: biologisch, psychologisch, sociologisch - zoals in het begin van deze lezing gesteld - maar ook antropologisch en cultureel. We weten, dat al deze zienswijzen slechts partiële abstracties van de werkelijkheid zijn, reducties, die het ons bijna onmogelijk maken de werkelijkheid te benaderen. Misschien lukt het bij deze integrale benadering te komen tot de integrale geneeskunde, zoals Querido voorstelde en waaraan Trimbos is beginnen te twijfelen (26).

Deze integrale geneeskunde zou kunnen beginnen bij de psychiatrie omdat deze tot nog toe de enige discipline is geweest, die de mens tegelijkertijd vanuit drie verschillende aspecten heeft durven bekijken.

VII. Het GGZ-handelen

Dat we nog ver van deze integrale visie en aanpak verwijderd zijn, behoeft geen betoog. Bekijken we het GGZ handelen, zoals dit zich in de laatste decennia heeft ontwikkeld, dan is het duidelijk, dat hier de psychologische benadering de boventoon voert. Daar is tot op dit moment niets op tegen, mits het niet leidt tot een negeren van de mens als integraal functionerend wezen en dus tot een verenging van visie en handelen.

Wanneer we de hand eens in eigen boezem steken en ons afvragen waarom we in ons handelen op die psychologische toer zitten, dan is daar vanuit een integrale visie wel een antwoord op te geven (afgezien van een eventuele hogere status van beroepsbeoefenaren, die ik meer zie als een marktverschijnsel).

Volgens de hiervoor omschreven gedachtengang over gezond leven, zou de mens-van-nu moeten leven in een redelijk evenwicht met zichzelf en met zijn omgeving, waaronder de natuur. We kunnen zonder omwegen constateren, dat het evenwicht tussen mens en natuur volkomen zoek is. We kennen de natuur niet eens neer, we zijn vervreemd van de natuurlijke processen, inclusief ons eigen levensrythme. We hebben het ecologisch evenwicht verstoord en we moeten onszelf staande houden tussen betonnen huizenblokken, glazen kantoren en jachtende mensen, die geen diepe binding met elkaar en geen enkele binding met de levende natuur meer hebben, afgezien van het buiten de natuur levende huisdier en de kamerplant. Het is voor mij een grote vraag of de evolutie ons geëmancipeerd heeft om ons terecht te doen komen tussen levenloze stof en om ons te laten leven met steeds korter durende en enger wordende relaties (27).

Bij al het voordeel, dat de rationele denkwijze ons gebracht heeft in de vorm van macht over natuur en wereld, mogen we niet vergeten, dat deze denkwijze ons door haar abstractie vervreemd heeft van de natuur en dat de mens van natuur-beleever geworden is tot natuur-vernietiger. Maar ook "vernietigen" is het verstoren van evenwichten en dus ongezond en niet probleem-oplossend, regulerend.

Het gevolg van deze vergroting van de afstand van mens tot natuur is zeer zeker, dat de mens meer naar zichzelf is gaan kijken op een los van andere organismen staande wijze, d.w.z. dat hij een geheel eigen filosofie en psychologie is gaan ontwikkelen, daarbij net doende alsof hij de enige levende soort op de wereld is. Maar op deze wijze blijft er niets over dan een technocratie in de somatische zorg en een psychologie in de geestelijke zorg.

Zonder op al deze vragen en twijfels antwoord te kunnen geven, zal het U duidelijk zijn, dat ik pleit voor een verbreding van het GGZ-handelen. Een verbreding in die zin, dat de integrale benadering minimaal inhoudt een benadering vanuit biologisch, psychologisch en sociologisch denken (minimaal omdat de mens op nog andere wijzen benaderd kan worden, o.m. filosofisch, cultureel, antropologisch, sociaal economisch, enz.).

Wanneer ik dan naar de praktijk van het GGZ-handelen kijk, dan ontbreekt er nogal wat. De medisch-biologische benadering is wat aan de zijkant komen te hangen. (Op alle vestigingen van onze stichting is er een onderzoekkamer voor lichamenlijk onderzoek. Ze worden nog geen kwartier per week gebruikt.)

De sociologische benadering is erg onderontwikkeld gebleven.

Vanzelfsprekend kunnen we ons eerst de vraag stellen: - is de GGZ wel de aangewezen instantie voor zo'n integrale benadering? Of zijn er beter geëquipeerde units? Wanneer ik het gehele gezondheidszorgveld overzie, dan zie ik overal zó verregaande specialisaties, dat het tegendeel van een integrale benadering bewerkstelligd wordt. Specialisering schept afstand, specialismen zijn gesloten systemen, zegt Trimbos 26). En terwijl Querido 20) zit te zoeken naar deze integrale geneeskundige, is Trimbos van mening, 'dat er geen plaats is voor een moderne bio-psycho sociaal verantwoorde geneeskunde geïntegreerd in één persoon' 26).

Hij pleit daarom voor coördinatie in plaats van integratie.

Zo'n eerste coördinatie van integrale zorg komt langzaam en moeizaam tot stand in de ontwikkelingen in de eerste lijn in de vorm van gezondheidscentra. Maar het achterland de tweede lijn, ontbreekt.

Een van de achterlanden zou de GGZ kunnen zijn, waar al jaren in teamverband gewerkt wordt, in multidisciplinair teamverband, alhoewel dit laatste haar kleur dreigt te verliezen.

VIII. De taak van de s.p.v.

Wanneer we dan willen streven naar een meer integrale 'benadering, naar het "bredere -band-werk" 23) dan kunnen we twee wegen kiezen:

- we kunnen een team werkelijke multidisciplinair houden, met echte specialisaties in biologische, psychologische en sociologische zin.
- we kunnen in ieder team één discipline aanwijzen, die de drie denk-richtingen vertegenwoordigt.

De eerste oplossing lijkt de meest voor de hand liggende, maar is het niet, omdat in de GGZ-praktijk gebleken is, dat of één van de disciplines gaat overheersen óf de benaderingswijzen van de disciplines zo verschillend zijn, dat gesprek en coördinatie onmogelijk worden. Ik zou liever kiezen voor de tweede oplossing, waarbij ik dan - naast de diagnostiserende, superviserende, consulterende rol van de psychiater - het integrale brede-band-werk aan de s.p.v. zou willen toevertrouwen. Juist de verpleegkundige kan vanuit zijn attitude, zijn opleiding en zijn werkwijze geneigd zijn tot de integrale benadering. In de intramurale zorg is de verpleegkundige de enige die altijd te maken heeft met de gehele mens.

Het klinkt misschien wat oneerbiedig als ik zeg: deze mens is gedurende dag en nacht aan de verpleegkundige "overgeleverd". De verpleegkundige kent de patiënt naakt en afhankelijk, obstinaat en humeurig, huilend en lachend. De verpleegkundige kent niet alleen de patiënt, maar ook zijn familie, zijn timide vrouw en zijn ruzie-achtige kinderen. Hij kent hem in het ziekenhuis en thuis, hij praat met hem over zijn huwelijk, zijn werk, zijn ouders en over de wijk, waarin hij leeft. De verpleegkundige drinkt koffie met de patiënt, is verdrietig met hem, montert hem op en begeleidt hem in zijn sterven. De verpleegkundige is er altijd, bij geboorte, opvoeding, ziekte, dood ... en overall: thuis, in de wijk, in het ziekenhuis, in de polikliniek, in de operatiekamer, in de kamer van de GGZ.

Juist vanuit de mogelijkheid van een unieke en diepgaande ontmoeting tussen hulpverlener en hulpvrager is voor mij de s.p.v. de enige van de GGZ-medewerkers - meer nog dan de psychiater die in aanmerking komt om de mens in zijn intergraal functioneren en integraal zijn te benaderen.

Ik zou dit willen uitdrukken in een slogan. Nu weet ik wel, dat slogans nooit de gehele werkelijkheid uitdrukken en altijd deze werkelijkheid verengen of verdraaien, maar dat nadeel wil ik dan wel laten opwegen tegen het voordeel van het reclame effect, nl. dat men het niet gauw vergeet.

Ik wil de taak van de s.p.v. uitdrukken in drie regels:

- biologisch signaleren
- psychologisch denken
- sociologisch handelen.

Ik wil proberen deze driedeling verder uit te diepen.

a. Biologisch signaleren kan de s.p.v. op drie manieren:

1. door bij de cliënt scherp in de gaten te houden of er achter het afwijkend gedrag een organische oorzaken kunnen schuilgaan. De s.p.v. zal de lichaamstaal moeten trachten te herkennen en vertalen. Hij zal de uiterlijke gedragingen moeten signaleren en interpreteren. Hij zal een verbinding moeten leggen tussen het aangebrachte probleem en de verdere gebeurtenissen in het leven van de cliënt. Hij zal moeten zoeken naar de momenten of het moment, waarop dit gedrag ging veranderen, daarbij scherp onderscheid makend tussen sociale gebeurtenissen - life events • en onverklaarbare veranderingen.

Het is een bekend feit, dat wanneer er een plotselinge gedragsverandering optreedt - om het populair te zeggen: wanneer er een KNIK in het gedrag optreedt, die niet uit sociale gebeurtenissen is te verklaren -- er dikwijls een organisch lijden als oorzaak van deze verandering gezocht moet worden en ook gevonden wordt. De hulpvrager reageert depressief, agressief, psychotisch .. doch er ligt een organisch lijden achter. Het zou een contra-indicatie zijn om uitsluitend met psychologische hulpmiddelen aan deze patiënt te gaan werken.

2. Psychofarmaca zouden alleen met grote deskundigheid gegeven mogen worden. Voorzichtigheid is geboden, omdat er van de bijwerkingen nog maar weinig bekend is. Zo is van bepaalde middelen wel bekend, dat ze ontremmend werken, tot bij het suicidale.

Wanneer een patiënt nu met een nieuwe klacht komt - bijv. een suicidepoging - dan moet de hulpverlener toch wel weten wat er aan de hand is. Welke psycholoog of maatschappelijk werker kan dit weten? Gezien het feit, dat deze middelen langs verschillende kanalen aan de patiënt worden aangereikt, is kennis van werkingen en bijwerkingen strikt noodzakelijk om onzinnige hulpverlening te voorkomen. Naast de psychiater kan alleen de s.p.v. deze kennis hebben of verkrijgen en is de s.p.v. in staat om werkingen en bijwerkingen te signaleren, analyseren en te bundelen.

3. Een derde manier van biologisch signaleren ligt in de verpleegkundige zorg en sfeer. De s.p.v. dient scherp te letten op de psychologische reacties bij organische stoornissen, hij dient het ziekteverloop, de leefgewoonten te analyseren, en bijv. de nachtelijke onrust te vertalen. De s.p.v. zal adviezen moeten geven over gezond en hygienisch leven. En tenslotte zal hij aanwezig moeten zijn bij belangrijke gebeurtenissen in het leven van de patient en deze gebeurtenissen dienen te begeleiden.

b. Psychologisch denken

Vanzelfsprekend dient de s.p.v. een grondige kennis te hebben van de psychologie en de psychopathologie (ook bij dit laatste komen psychologen en maatschappelijk werkers te kort). En hij dient deze kennis ook in de praktijk te brengen, vooral in crisisachtige situaties en in kortdurende therapieën.

Het is een van de kenmerken van de verpleegkundige, dat hij gewend is handelend op te treden. Dit handelend optreden is een van de grote krachten, die een s.p.v. kan ontwikkelen ten opzichte van de andere disciplines. En daarom ben ik er een voorstander van, dat de s.p.v. zich niet begeeft in langdurige, gesystematiseerde therapieën, omdat de s.p.v. in deze therapievormen zijn spontaneïteit en zijn slagvaardigheid verliest.

Ik heb er geen bezwaar tegen, dat een s.p.v. zich ontwikkelt tot psychotherapeut, maar laten we hem dan geen s.p.v. meer noemen. Waar we in de GGZ en SPD tekort aan hebben, is aan mensen, die kort, snel en slagvaardig een situatie kunnen analyseren, overzien, aanpakken en veranderen.

Ik zeg: een situatie- want dikwijls gaat het niet om één persoon, doch om een groep, een systeem. En hier kom ik op de systeemtheorie en de systeem-aanpak, die als het ware staat op de grens tussen het psychologisch en het sociologisch denken. De systeemtheorie heeft te maken met de interacties die plaatsvinden in meestal functionele groepen, dat zijn groepen mensen, die rondom één of meer functies bij elkaar zijn en waarvan men lid is op niet geheel vrije basis. Voorbeelden: gezin, school, bedrijf, buurt, maar ook vereniging, enz., omdat men zich aan bestaande normen moet onderwerpen en omdat het buiten zo'n groep treden gepaard gaat met belemmeringen. Men is in principe wel vrij om zo'n functionele groep de rug toe te keren, maar er zijn belemmeringen, die een uittreden (soms sterk) bemoeilijken.

In deze functionele groepen houdt men bepaalde normen in stand, er bestaan systemen van interacties, die alleen in deze groep voorkomen, er zijn netwerken van relaties, men hanteert strategieën, die dikwijls één persoon tot patiënt verklaren, terwijl deze persoon meer slachtoffer is dan wat anders. Deze systemen te benaderen vanuit het psychologisch denken is m.i. niet juist. Het gaat hier meer om een sociologische en culturele benadering dan om een psychologische.

- c. Zo kom ik op het sociologisch handelen van de s.p.v. of liever zou ik moeten zeggen: het structurerend handelen vanuit sociologische theorieën. Ofwel: het toepassen van sociale strategieën.

In dit handelen wordt niet de aangemelde patient gediagnostiseerd, doch het gehele systeem.

Ik wil eerst iets voorlezen uit een lezing, die prof. Hildegard Peplau, emeritus hoogleraar in de psychiatrische verpleegkunde aan de Rutgers Universiteit, New Jersey, USA, op 3 februari van dit jaar in het Ziekenhuiscentrum te Utrecht heeft gehouden 30).

Zij zegt o.m. : - In de systeemtheorie wordt geen psychotherapie op de individuele patiënt toegepast maar betreft men het hele systeem, het netwerk, bijv. de familie, bij de behandeling. Men bekijkt gezamenlijk welke soorten relaties volgens een bepaald patroon in dit netwerk bestaan en welke gedragingen dit patroon in stand houden en waardoor de groei of ontwikkeling van de individuele leden belemmerd of geblokkeerd kan worden - .

En verderop: - Wij spreken over milieutherapie wanneer wij een poging in het werk stellen het netwerk van gedragingen en strategieën binnen de setting te veranderen. Anders dan in de intrapersoonlijke of interpersoonlijke theorie gebruikt men in de systeemtheorie de sociologische waarneming en ziet men het systeem of netwerk los van de waarnemer - .

En tenslotte: - De (sociologische) systeemtheorie, die in de laatste 10 jaar geleidelijk is ontstaan, houdt naar mijn mening een grotere belofte in voor de zorg aan psychiatrische patiënten dan de intra- of interpersoonlijke theorie - .

Tot zover Prof. Peplau., die in haar buitengewoon interessante lezing vooral ingaat op de sociologische waarneming, op de netwerktheorie en op de taak van de verpleegkundige in deze sociologische milieutherapie.

Vanuit mijn eigen praktijk in de GGZ en mijn eigen waarnemingen van hulpverlening wil ik haar pleidooi van harte ondersteunen en trachten uit te werken.

Milieutherapie (of wel sociale strategieën) is het aangaan van een (leer-)proces met de omgeving van de cliënt, en wel in systemen, waar mensen min of meer gedwongen of in een afhankelijkheidsrelatie, bij en met elkaar moeten functioneren. Het is hierbij niet te voorspellen wie wat gaat leren. Wanneer een bedrijfsleider een paar jaar voor zijn pensioen staat en zijn afdeling functioneert slecht door communicatie- en interactieconflicten, dan is niet te voorspellen wie wat bij of af moet leren: de medewerkers, die zich kunnen aanpassen, omdat ze binnenkort toch van hem af zijn of de bedrijfsleider, die hetzelfde kan denken maar dan in omgekeerde richting.

Aan de ontwikkeling van deze sociale strategieën (ik gebruik deze term liever dan de term van Peplau: milieutherapie, hoewel we naar mijn gevoel hetzelfde bedoelen)., wordt in de (GGZ nog te weinig aandacht besteed, terwijl het relatief goedkope en effectieve methoden zijn, die bovendien te gebruiken zijn daar waar alle andere methoden hebben gefaald. Oorspronkelijk hoorden de sociale strategieën binnen het aandachtsveld van de sociale psychiatrie, maar ik heb de sterke indruk, dat de sociale psychiatrie in de stroom van de gehele GGZ meegezogen, ook in de psychologische denkwereld terecht is gekomen.

Daarom zou ik ervoor willen pleiten, dat de sociale strategieën en structurerende begeleiding opnieuw en expliciet in het takenpakket van de SPD-en opgenomen gaat worden en duidelijk binnen het aandachtsveld van de sociale psychiatrie wordt betrokken, tevens als basis voor wetenschappelijke uitbouw en onderzoek. Wanneer ik aan preventie in de GGZ denk, dan ligt hier de basis van waaruit de preventie kan starten.

Sociale strategieën richten zich op het milieu, het netwerk, waarin de cliënt dysfunctioneert. Men tracht door middel van beïnvloeding van het milieu de cliënt beter te doen functioneren in dit milieu., door dit milieu aan te passen of opnieuw op te bouwen. Hulpverlener, cliënt en milieu zullen hierbij dikwijls samen iets "doen" (vandaar mijn term "sociologisch handelen"), iets organiseren, samen ergens voor zorgen, regelingen treffen, met de cliënt, met het gezin, het bedrijf, enz. Klimaatbeïnvloeding is een belangrijk deel van de taak, naast consultatie en advisering van en naar instanties, zoals GG en GD, GAK, Sociale Zaken, sociale werkplaatsen, bedrijven, enz. De sociale strategieën in deze vorm zijn allereerst gericht op het zo goed mogelijk kunnen functioneren van een (defectueuze) mens in zijn omgeving, zonder dat aan deze mens de vraag, de eis gesteld wordt, dat hij moet "veranderen".

Deze gedachte is een consequentie van ons uitgangspunt, dat maatschappijstructuren en -systemen ziekmakend kunnen zijn. De stelling, dat het milieu veranderd dient te worden ten bate van mensen binnen systemen, dient te leiden tot een duidelijke activiteit van de GGZ, zowel curatief als preventief.

Ik zet me daarom een beetje af tegen diegenen, die deze activiteit "antitherapeutisch" noemen. Voor een cliënt, die in een onmachtssituatie zit, die voor een groot deel in onvrijheid leeft, is zelf een kamer gaan zoeken dikwijls een opgave, die zijn huidige contactuele en zakelijke capaciteiten te boven gaat.

Men kan als hulpverlener dan wel zeggen: kamer zoeken is mijn werk niet - maar dan laat men werkelijk een uniek aspect van het hulpverleningsproces liggen. Samen iets doen, samen iets 'beleven' direct on-the-spot, is dikwijls therapeutischer dan reflectief een aantal emoties te bespreken. Het is in ieder geval directer en meer bij het hier-en-nu, dan het terughalen, weer in de herinnering opdiepen van vroegere belevingen en ervaringen. Wat hier en-nu gebeurt, is minder kunstmatig dan wat hier-en-nu in therapeutisch-reflectieve situatie verteld, c.q. opnieuw beleefd wordt.

Bovendien kan men een directer houvast aanbieden, nieuwe lijnen opstellen, als het ware een nieuw stramien opbouwen.

Voorbeeld 1

De commissaris van politie richtte zich tot de GGZ, met het verzoek iets te doen aan een klacht, die een aantal buurtbewoners aan hem gericht hadden over een vrouw van ongeveer zestig jaar, die in de buurt erg lastig was en iedereen uitschold, de kinderen met vuil gooide als die in haar tuintje kwamen, enz. Een lange rij klachten van vreemd gedrag. Dit duurde al enige jaren, de politie was er al een paar maal bij gehaald, maar kon niets doen, werd met veel luide woorden door de vrouw (niet) ontvangen en kon wel procesverbaal opmaken, maar dat zou de zaak alleen maar verergeren. Eigenlijk vroeg de politie of we niet wilden bemiddelen bij een opname in een psychiatrisch centrum. Een vraag, waar we niet op ingingen.

Ook wij werden door de vrouw niet ontvangen, maar na een korte bestudering van de situatie in de buurt kwamen we tot de conclusie, dat de hele buurt, inclusief de kinderen, sterk meefunctioneerden in het systeem 'gekke vrouw'. We werden door de buurt voorbereid op de afwijkingen van dat "mens".

Toen we aanbelden stonden de kinderen uitdagend rond onze auto en zeiden: - ze doet toch niet open. En wel zo hard, dat de vrouw in huis het zeker gehoord moet hebben.

Na een officieel briefje geschreven te hebben met de aankondiging, dat we op een avond een bezoek zouden brengen, werden we wel ontvangen: een nette, goed verzorgde vrouw in een keurig opgepoetst huis. Wat schichtig, wat eenzaam, wat afhoudend. En met klachten over de buurt, die haar niet met rust liet, waardoor ze agressief werd, omdat ze toch haar territorium moest verdedigen.

Verder geen hulpvraag.

We hebben toen de burens een avond bij elkaar geroepen en met veel moeite uitgelegd, dat beide partijen meewerkten aan het instandhouden c.q. versterken van een agressief systeem en dat zij -als verstandige mensen - de eerste stap moesten doen om het systeem te doorbreken. Na dit buurtgesprek volgden er nieuwe contacten met de vrouw en weer met de buurt. Na enige tijd 'ontdekten' we, dat de vrouw leed aan suikerziekte, waardoor ze een verminderde controle had over haar urine-afscheiding. Dat dit reuk-problemen gaf en dat deze reukproblemen leidden tot een afweer naar beide kanten, hoef ik verder niet uit te leggen.

Er kwam een lang, moeizaam en gestructureerd proces in gang, waarbij we met hulp van het maatschappelijk werk, de huisarts en een aantal burens probeerden het systeem te doorbreken en een nieuw stramien op gang te brengen. Na drie tot vier maanden intensief zwoegen, lukte het uiteindelijk. Na een half jaar waren we zover, dat de buurman, de opsteller van de klacht aan de politie, gepromoveerd was tot de eerste hulpverlener van de vrouw en dat wij er alleen nog bijgehaald werden om hem te adviseren bij moeilijkheden.

Gedurende een aantal jaren is dit goed gegaan, totdat haar lichamelijke kwaal zo erg, was geworden, dat opname in een verpleegkliniek onvermijdelijk was.

Voorbeeld. 2

Een man en een vrouw leerden elkaar kennen tijdens een lange opname in een psychiatrische kliniek. Na ontslag traden ze in het huwelijk, maar omdat beiden erg agressief bleven, waren telkens heropnamen noodzakelijk, hetgeen de situatie soms erg verward maakte en waardoor de burens nogal ongemakkelijke toestanden te verwerken kregen. Ook hier hebben we geprobeerd met de burens een nieuw stramien op te bouwen, nu in samenwerking met de gezinszorg. We ontdekten, dat de man goed om kon gaan met kinderen en dat hij goed was in het organiseren van spelletjes met de kinderen. We hebben toen met de huisarts getracht om bij de moeders van deze kinderen hun angst voor het vreemde gedrag weg te praten. Dat is gedeeltelijk gelukt en nu gaat de man met een of twee van de moeders 's woensdagsmiddags allerlei uitstapjes maken, spelletjes organiseren, enz.

Tot zover de voorbeelden.

Nu zijn er tendenzen, die de richting welke ik hier heb aangegeven, inslaan. Met veel interesse heb ik enkele boeken van Horst E. Richter gelezen 31) 32), ook over zijn werk met zgn. Randgruppen 33) en ik heb geluisterd naar een t.v. -interview met hem over zijn ideeën over: - Flucht oder standhalten.

En hoewel hij nog sterk vanuit zijn psycho-analytisch denkkader werkt, ligt in zijn handelen met gezin en groep toch een duidelijk sociologisch aspect besloten.

Ook Isthia en de Smit gaan in hun boekje over crisisinterventie in de richting van strategieën in plaats van therapie. Interessant is te lezen hoe zij over crisisinterventie als strategie denken 34).

Samenvattend kan ik herhalen, dat sociale strategieën en structurerende begeleiding goede methoden zijn, die tot een effectieve hulpverlening zullen leiden. De eerste aanzetten zijn er, de eerste gedachten, de eerste voorbeelden. Nog veel zal er op dit gebied ontwikkeld moeten worden. En dit zal van U - s.p.v.'s - nog heel wat creativiteit en durf eisen om de goede strategieën te bedenken, structuren te ontwerpen, het samenspel te ontdekken, de krachten op te sporen, de reacties van de mensen te zien, de milieus te beïnvloeden en te behandelen. Dit zal nog heel wat van U eisen, maar het lijkt mij een uitdaging, die - wanneer U hem opneemt -- niet is mis te verstaan.

IX. De opleiding

Maar mijn smaak zullen de opleidingen voor s.p.v., meer dan tot nog toe, gericht moeten zijn op de integrale benadering. Ik zou willen, dat de a-opleiding verpleegkunde weer verplicht gesteld werd, omdat deze opleiding m.i. een vaste basis is voor kennis en handelen. Deze opleiding zou zowel de anatomische kennis, als de verpleegkundige en farmaceutische kennis moeten omvatten. Deze laatste deskundigheid is mogelijk door een goede theoretische scholing en een degelijke klinische ervaring. De grote hoeveelheid psychofarmaca is gebaseerd op een grote variatie van een kleine categorie grondelementen.

Na de b-opleiding dan de opleiding sociale psychiatrie, die uitgebreid zou moeten worden met een flink stuk sociologische en agogische kennis. Kennis van rollen en functies, maar vooral kennis van systemen en systeemtheorieën dient beslist noodzakelijk te behoren tot het basis pakket van de s.p.v.-opleiding. Daarnaast dient de s.p.v. kennis te verkrijgen over de strategische processen, die hij in gang zet en begeleidt. Creativiteit, durf en enthousiasme zijn onontbeerlijk, doch zijn op zichzelf te weinig als basis voor een gezond functioneren, waarbij de emotionele belasting de psychische spankracht wel eens kan overstijgen. Naast deze opleiding en attitude is het ook nodig, dat de waardering voor de s.p.v.-taak opnieuw wordt bekeken. Deze waardering zal pas groeien, wanneer de erkenning ontstaat, dat sociale strategieën en structurerende begeleiding werkelijk effectieve methoden zijn. Deze erkenning zal pas ontstaan, wanneer het aandachtsveld van de sociale psychiatrie zich expliciet richt op deze methode van denken en werken.

Dit alles wil niet zeggen, dat de opleiding: 'psychotherapie' voor de s.p.v. afgesloten moet blijven, zoals nu het geval is. Wanneer iemand persoonlijk kiest voor de psychologische benadering en zich daarin verder wil bekwamen, dan moet dit mogelijk zijn. Maar laten we hem dan een andere naam geven en de naam s.p.v. reserveren voor hen, die de integrale benadering voorstaan, in biologisch signaleren, psychologisch denken en sociologisch handelen.

Literatuurlijst

1. Hamer, Tolsma, Dercksen e.a. - Algemeen leerboek voor het verplegen **van** geestes- en zenuwzieken. Spruyt, enz. Leiden, 9e druk, 1956.
2. **Barnhoorn** Sociaal psychiatrische casuïstiek Stenfert - Kroese, Leiden, 1953.
3. **Havermans en Oosterbaan** Sociale Psychiatrie Romen en zoon, Roermond, 1954
4. **P.C. Kuiper** Inleiding tot moderne psychiatrische **denkwijzen** Bijleveld Utrecht, 3e druk, 1967
5. **Bastide** Op de grens van sociologie **en psychiatrie** Brand, Bussun, 1971
6. **R.J. Arthur** Sociale psychiatrie Spectrum, utrecht, Antwerpen, 1973
7. **G. Caplan** Principles of preventive psychiatry, Basic Books., New York, 1964
8. **M.A.J. Romme** Intern rapport Medische Faculteit **Maastricht**, 1974
9. **A.A. Fischer** Structuurontwerp Geestelijke Volksgezondheid Intern rapport RUL, Maastricht, 1977
10. **Kruisinga** Nota betreffende de geestelijke volksgezondheid Verslagen en mededelingen Volksgezondheid, 1971
11. **P.H. Esser** Sociale psychiatrie 2 delen., Kok, Kampen, 1970-1971
12. **P.A. Gribbling** Sociaal psychiatrisch denken als grondslag voor theorie en praktijk Pro manuscript, Roermond, 1972
13. **P.A. Gribbling** Polariteit of polarisatie Tijdstroom, Lochum, 1976
14. **M. Foucault** Geschiedenis van de waanzin Boom, Meppel, 1975
15. Interview met F. Verhey, zenuwarts te Maastricht., 1977
16. **U.S. Sullivan** Begrippen voor een toekomstige psychiatrie Basis Ambo, 1975
17. **E. Fromm** De gezonde maatschappij Bijleveld, Utrecht, 1958
18. **K. Horney** De neurotische persoonlijkheid van deze tijd Bijleveld, Utrecht, 1951, 3e druk, 1966
19. **Romme, Bauduin** Psychiatrische epidemiologie Ambo, Baarn, 1976

20. E. Berne
Mens erger je niet
Alpha-boek, 1967
21. P. Watzlawick
Is werkelijk waar?
Loghum-Slaterus, 1976
22. F. Goble
De derde weg
Rotterdam, Lemniscaat, 1972
23. J.H. Dijkhuis
De toepassing en de organisatie van de psycho-
therapie in de ambulante geestelijke gezond-
heidszorg
Tijdschrift voor Psychiatrie, 1977
24. C.D. Darlington
De evolutie van mens en maatschappij
Spectrum, Utrecht-Antwerpen, 1973
25. J.P. Teuns
De professionelen en de macht
Metamedica, 77/2
26. K. Trimbos
Integrale geneeskunde (ná 20 jaar)
Maandblad Geestelijke Volksgezondheid 76/76/2
27. A. Toffler
Toekomstshock
Van Holkema en Warendorf, 1971
28. K. Menninger e.a.
Het leven, in balans
Aula 343, 1967
29. A. Querido
Inleiding tot een integrale geneeskunde
Leiden, 1955
30. Hildegard Peplau
Internationale ontwikkelingen in de verpleeg-
kunde
Lezing op 3 februari 1977, Ziekenhuiscentrum
Utrecht
31. Horst E. Richter
Het gezin als patiënt
Aula 450, 1971
32. idem
De groep
Aula 498, 1973
33. idem
Lernziel Solidaritat
Rowohlt, Reinbek, 1974
- 3'i. D. Isha en N.W. de Smit
Crisisinterventie: therapie of strategie
Samsom, 1977