

---

# PREVENTIEVE SOCIALE PSYCHIATRIE, EEN PLEONASME

## Inleiding

Aan de hand van een vluchtige duik in de historie van de psychiatrie zullen we laten zien dat psychiatrie per definitie sociaal en preventief werkt. Vervolgens wordt ingegaan op de speerpunten voor de preventieve sociale psychiatrie, en daarmee als afgeleide voor de sociaal psychiatrische verpleegkunde in het komende millennium, gestoeld op enkele recent door ons afgeronde studies aan het Trimbos-instituut.

De psychiatrie ontleent haar bestaanrecht aan de aanwezigheid van de psychiatrische patiënt. Met de bestempeling van de krankzinnige uit de Middeleeuwen tot psychiatrisch zieke volgens het Kraepeliaanse diagnostische systeem werd de psychiater in het leven geroepen als degene die de ziekte kon herkennen, determineren en misschien genezen. Door ordening van gedragingen en belevingen van patiënten in op elkaar lijkende groepen van gedrag en een naam te geven aan die groepen van gedrag haalde Kraepelin psychiatrisch gedrag uit de morele sfeer. Gekte werd een ziekte. Daarbij werd echter een historische fout gemaakt. Alle gedragingen en belevingen van een patiënt beschouwde hij als een gevolg van een specifieke ziekte, waarbij de oorzaak van die ziekte een organische stoornis in de hersenen was. Hij ging niet na of de afzonderlijke gedragingen en belevingen ook een eigen oorzaak hadden ofwel in de hersenen ofwel elders, bv. in de sociale omstandigheden of in de gebeurtenissen in de levensgeschiedenis van de patiënt.

De belangrijkste consequentie hiervan was dat patiënten van hun eigen ervaringen werden vervreemd, dat ze niet in de behandeling werden benut waarmee de kans op een chronisch beloop van de ziekte alleen maar werd vergroot.

Een tweede zienswijze die eigenlijk altijd parallel heeft gelopen aan de eerstgenoemde gaat uit van de dialoog, waarin de psychiatrische ziekte als een vorm van menselijk zijn, van menselijk reageren wordt beschouwd. De basis hiervan is terug te vinden in het werk van Freud en de neo-freudianen, zoals Sullivan. Hiermee doelen we op het hermeneutisch aspect in het werk van Freud en zijn opvolgers in die zin dat de 'zieke' in al zijn bizarre uitingen toch iets meedeelt aan zijn omgeving. Dit is de eerste poging tot het centraler stellen

### **Dhr. Frans van Mierlo**

*Auteur is andragoog senior  
beleidsmedewerker bij de  
afdeling Preventie van het  
Trimbos-instituut en hoofd  
afdeling Preventie,  
Dienstverlening, Onderzoek en  
Zorginnovatie van de RIAGG*

van de persoon achter de ziekte en niet de ziekte te zien als een geobjectiverde ziekte.

Sullivan en anderen hebben duidelijk gemaakt hoe een deel van het door de psychiater geconcipieerde ziektebeeld van de patiënt samenhang met de plaats waar hij verbleef, het psychiatrisch ziekenhuis. Dit tekent het begin van het ontstaan van de therapeutische gemeenschappen binnen de muren van het ziekenhuis. Hiermee werd een poging gedaan om de patiënt een groter gevoel van zelfstandigheid en daardoor meer eigenwaarde te geven; een gemeenschap binnen een gemeenschap.

Hiermee wordt echter de sociale exclusie van de patiënt niet doorbroken. Dit is dan ook het werkterrein bij uitstek geworden van de sociale psychiatrie: de

gigantische onderneming om patiënten (en de psychiater) weer in hun gemeenschap terug te brengen, binnen de natuurlijke context van familie, vrienden, burens, werk: van sociale exclusie naar sociale inclusie. Wat ons betreft markeert dit ook de overgang in benaming van patiënt naar cliënt.

Sociale psychiatrie zo stelde Kuipers reeds in 1975 is de wetenschappelijke en praktische activiteit die zich richt op de wisselwerking tussen geestelijke gezondheidszorg en samenleving mede ter bespoediging van de vermaatschappelijking van de GGZ en op de verbetering van de mens-milieu-relaties op micro-meso- en macroniveau ten behoeve van het gezonde bestaan.

Van hieruit hebben wij ook altijd gepleit voor een sociaal psychiatrische verpleegkunde die in haar diagnostiek en interventies deze brede optiek van GGZ-handelen tot haar uitgangspunt dient te nemen. Dit komt neer op een diagnostiek die zoveel mogelijk handvatten biedt voor interventies vanuit een informatieverzameling van klachten op een viertal niveaus: orgaan, individueel, niveau van de kleine groep en het niveau van de organisatie van groepen. De meeste van onze cliënten presenteren zich immers met problemen op meerdere niveaus. Deze problemen op de verschillende niveaus impliceren ook verschillende interventies. Daarmee gaan wij ook een stap verder dan systemisch werken: steeds wordt met de bril van het betreffende niveau gekeken naar de totale werkelijkheid van de cliënt. De praktijk is echter nog een te zwakke afspiegeling van deze gedachte: te vaak wordt gekozen voor een beperkt doel en een beperkte aanpak. Preventieve sociale psychiatrie sluit daarbij naadloos aan. Het verschil wordt met name gekenmerkt door de schaal-grootte: preventie denkt in termen van populaties en risicogroepen en dat heeft zo zijn consequenties voor de te volgen methodiek. Maar ook hier is sprake van een inventarisatie van risicofactoren (i.p.v. symptomen) op micro/meso en

macro niveau. Ook hier is de bedoeling met een mix van interventies op de verschillende niveaus een bepaald preventief eindeffect te bereiken, temeer ook omdat wij weten dat daarmee het grootste effect wordt behaald.

#### **Wat zijn nu de uitdagingen voor een spv vanuit een preventieve invalshoek?**

Onze samenleving kenmerkt zich door afbrokkelende traditionele sociale verbanden. Er is sprake van een zich sterk ontwikkelende individualisering. Een en ander wordt ook in de hand gewerkt door technologische ontwikkelingen met name op het gebied van de informatietechnologie. Mensen bewegen zich in steeds wisselendere contexten wat een groot beroep doet op de competentie van mensen om om te gaan met verschillende rollen die die wisselende contexten vereisen. Er is sprake van een toenemende welvaart, anderzijds van een vergrote werkdruk en een toenemend aantal wao-gevallen. De snelheid van leven is enorm toegenomen, omgekeerd evenredig neemt tijd voor reflexie af.

De druk op de GGZ-instellingen neemt jaarlijks toe, niet in de laatste plaats gezien bovenstaande ontwikkelingen. De GGZ behandelt steeds meer cliënten bij een gelijkblijvend budget. Wachttijden zijn eerder regel dan uitzondering. En bij een geconstateerde prevalentie van ongeveer 25% ernstig psychische problematiek in de volwassen bevolking blijft de druk op de GGZ capaciteit alleen maar bestaan. Hoe hiermee preventief om te gaan, welke preventieve antwoorden kunnen hierop geformuleerd worden Overigens hebben we hierbij niet de pretentie om alle psychische problematiek te voorkomen ook al zou ik dat willen. Iedere samenleving produceert nu een maal zijn uitvallers en een aantal ingrijpende levensgebeurtenissen zijn nu eenmaal moeilijk of niet te beïnvloeden. Ons inziens dienen de preventieve antwoorden gevonden te worden in de a-

specifieke beschermende factoren die uit metastudies ook goed beïnvloedbaar blijken (zie bv. de Ridder, 1988; Bosma en Hosman, 1990; Greenberg 1999 in press). Daarbij doelen we specifiek op de determinanten sociale steun en individuele competentie. Het positief beïnvloeden van deze determinanten heeft een aantoonbare preventieve werking. Hieronder zullen beide determinanten worden toegelicht. De determinant sociale steun kan hierbij ook opgevat worden als een individuele competentiefactor in de zin van 'perceived social support': de overtuiging van mensen dat men is ingebed in een sociaal netwerk dat steunend is leidt tot het ervaren van minder stress dan mensen die deze overtuiging niet zijn toegedaan (zie hiervoor uitgebreide (meta)studies van Gottlieb).

#### **Perspectief vanuit de samenleving**

Vanuit het perspectief van de samenleving is het sociale steunconcept aantrekkelijk (vgl. de zorgzame samenleving). We weten immers dat sociale steun een aantoonbaar direct (primair preventief) en indirect (secundair preventief) effect heeft op de gezondheid van mensen.

Het feit bovendien dat deze sociale steun wordt uitgewisseld in een niet professionele context betekent (economische) gezondheidswinst door middel van interventies die deze informele hulpbronnen mobiliseren. Een belangrijke overweging hierbij is het gegeven dat sociale steun als hulpbron in principe toegankelijker is, cultureel en ecologisch valide (zeker als tegenkracht tegen een zich sterk individualiserende samenleving) en voor de samenleving acceptabeler is dan de diensten die worden aangeboden door de professionele geestelijke gezondheidszorg. Sociale steun is ook een middel waardoor traditioneel onbediende of onderbediende bevolkingsgroepen bereikt kunnen worden.

De toegenomen complexiteit van de samenleving doet bovendien een sterk appel op de individuele competentie

van de mensen in die samenleving. Steeds wisselende sociale contexten betekenen dat mensen vaker dan voorheen zich wisselende sociale rollen dienen eigen te maken (soms zelfs virtuele rollen), de verwerking van onafzienbare informatiestromen, de grotere nadruk op eigen verantwoordelijkheid (de maakbaarheid/vormgeving van je eigen leven), toenemende economische participatie van groepen mensen die voorheen in de marges figureerden, de moeilijkheid van het combineren van verschillende sociale rollen (bv. combineren van ouderrol en arbeidsrol), maken dat er veel gevraagd wordt van ieders individuele competentie.

#### **Perspectief vanuit de GGZ**

Voor de GGZ is sociale steun een belangrijk concept omdat een groot gedeelte van de cliënten die wij bedienen problemen hebben die voortkomen uit afwezige, verloren gegane of verstoorde relaties. Vandaar dat ondersteuningsgroepen, zelfhulpgroepen, peer-relaties en andere strategieën om het sociale netwerk van cliënten te verrijken een goede aanvulling blijken; ofwel als toevoeging of als alternatief voor de behandeling.

Daarnaast beïnvloedt het netwerk van de cliënt de GGZ bemoeienissen op een positieve zowel als negatieve manier. Immers: interventies die conflicteren met de waarden, normen en gedragspatronen in datzelfde netwerk zullen veel minder kans van slagen hebben dan interventies die daarmee in overeenstemming zijn. Ook GGZ-professionals die werken met sociaal psychiatrische cliënten onderkennen het belang van sociale netwerkstrategieën. Daarnaast betekent het beleid van de-institutionalisering en ambulantisering een grotere druk op familieleden en direct betrokkenen die dagelijkse zorg en steun bieden aan deze cliënten zonder dat gepaard gaat met een corresponderende toename van ondersteunende diensten voor deze groep mensen. Hier zijn dan ook de OGGZ-projecten van eminent belang!

Ook de individuele competentie van mensen is een belangrijke invalshoek voor professionele interventies in de GGZ. We doelen hierbij op de beïnvloeding van algemene cognitieve, affectieve en sociale vaardigheden, ook wel aangeduid als copingmechanismen. En we weten dat GGZ-preventieprogramma's in staat zijn op succesvolle wijze de competentie van mensen te beïnvloeden; dit geldt voor zowel kinderen, jeugdigen, volwassenen als ouderen. Beide determinanten sluiten ook goed aan bij het metatheoretisch kader van kwetsbaarheid/stress/coping, het algemeen aanvaarde kader als leidraad voor professionele spv-interventies. Uit bovenstaande wordt duidelijk dat de functie preventie beide principes als leidraad dient te hanteren voor de vormgeving van deze functie in de komende jaren en dat extra aandacht uit dient te gaan naar een preventief familieledenbeleid.

#### **Concretisering in de preventieve sociaal psychiatrisch verpleegkundige praktijk.**

De nu te benoemen praktijkvoorbeelden zijn de weerslag van drie jaar werken binnen het Trimbos-instituut aan de tweede generatie preventiemodelprojecten. De praktijkvoorbeelden zijn een weerspiegeling van het aanspreken van de individuele competentie en steun bij cliënten, potentiële cliënten en familieleden bij het voorkomen van recidive en het voorkomen van geestelijke gezondheidsproblemen in zijn algemeenheid. Ik zal met u ter afsluiting kort de belangrijkste uitkomsten van een tweetal studies bespreken op het thema vroege voortekenen van een psychose en psycho-educatie; thema's die direct de praktijkuitvoering van de spv raken.

#### **Vroege voortekenen**

Het project vindt zijn oorsprong in een door ons uitgevoerde veldverkenning op dit thema (van Mierlo, 1997) waaruit bleek dat het werkveld wel het belang inziet van het werken met vroege voor-

tekenen maar dat dit in de praktijk nog mondjesmaat gebeurt; vaak ook bij gebrek aan een op de praktijk toegesneden methodiek. Dit was voor ons aanleiding om een dergelijke methodiek te ontwikkelen. Tevens hebben wij na de veldverkenning het initiatief genomen in samenwerking met het COOV om een deskundigheidsbevorderingstraject Vroege Voortekenen voor verpleegkundigen te ontwikkelen.

Preventief doel van onderhavig project is een methodiek te ontwikkelen waarmee een terugval kan worden voorkomen bij mensen die reeds geïdentificeerd zijn als hoogrisicodragers, omdat zij reeds een of enkele psychotische episodes hebben meegemaakt. In de pilotregio Maastricht is op basis van de ontwikkelde methodiek ruim een half jaar een pilot uitgevoerd in verschillende settingen van de hulpverlening aan mensen met recidiverende psychosen.

De methodiek is er op gericht in een zo vroegtijdig mogelijk stadium signalen van een dreigende terugval, vroege voortekenen genoemd, te herkennen en via snel en adequaat handelen de terugval te voorkomen. Als het lukt om cliënten te leren tijdig een dreigende terugval te herkennen, biedt dit hen tevens de mogelijkheid om hun aandoening enigszins te beheersen (de Boer en van Mierlo, 1998). Dit heeft een gunstig effect op het gevoel van eigenwaarde dat meestal toch al flink te lijden heeft gehad.

In een procesevaluatie onderzoek zijn wij nagegaan wat de ervaringen met de ontwikkelde methodiek zijn geweest voor cliënten, hun familieleden en de hulpverleners. Voor de toepasbaarheid van de methodiek waren wij ook benieuwd in welke hulpverleningssettingen deze kan worden ingezet.

Achtereenvolgens geven wij zeer in het kort de belangrijkste bevindingen van het onderzoek weer.

Onze bevindingen zijn gebaseerd op de ervaringen van 17 cliënten, negen familieleden en 12 hulpverleners (van Mierlo, in press).

**De methodiek vroege voortekenen**

De methodiek bevat een protocol en een set hulpmiddelen. Via een gestandaardiseerd interview met de cliënt en een familielid, eventueel aangevuld met een checklist, worden vroege voortekenen van de cliënt opgespoord. De cliënt en het familielid selecteren samen in een gesprek met de hulpverlener de vroege voortekenen voor de monitoring. Ook maken zij afspraken over de frequentie waarmee dat moet gebeuren, wat afhankelijk is van wanneer de laatste terugval heeft plaatsgevonden. Zij leggen de afspraken vast in een noodplan, waarin zij aangeven wat door wie gedaan wordt zodra de vroege voortekenen optreden. Deze activiteiten zijn mede gebaseerd op wat de cliënt in het verleden heeft geholpen.

**Ervaringen van cliënten**

De meeste cliënten vinden de methodiek nuttig en verhelderend, maar soms ook belastend. Zij vinden het niet prettig om herinnerd te worden aan de psychose en aan het feit dat ze ziek zijn. Voor de meeste cliënten geldt echter dat de kosten opwegen tegen de baten van het voorkomen van een nieuwe psychose. Aan een deel van de cliënten geeft de methodiek een gevoel van controle over hun ziekte. Zij ervaren hun actieve rol en verantwoordelijkheid als prettig. Bijna alle cliënten verwachten nu een toekomstige psychose te zien aankomen. De meesten zijn van plan hun vroege voortekenen te blijven monitoren en het noodplan te (blijven) gebruiken. De ervaringen van de twee cliënten die het noodplan in de pilotperiode gebruikt hebben zijn positief.

**De familieleden**

Bij twaalf cliënten is een familielid betrokken geweest bij de methodiek. Zeven familieleden hebben de uitgezette vragenlijsten teruggestuurd, twee zijn middels een diepte-interview bevroegd. Alle familieleden onderschrijven het nut van de methodiek en de meesten vinden de methodiek verhelderend. Alle familieleden zijn van plan in de toe-

komst de vroege voortekenen te blijven monitoren en het noodplan te gebruiken.

Alle deelnemers, cliënten en familieleden, raden de methodiek aan anderen aan.

**De hulpverleners**

Zoals gezegd hebben twaalf hulpverleners de methodiek in de pilotfase uitgevoerd volgens de afgesproken richtlijnen. Zij hebben de methodiek op alle onderdelen (deze zijn allen apart bevroegd) als ondersteunend, nuttig en als geschikt voor hun cliënten ervaren. Met name de eerste stappen in de methodiek, het opsporen en in kaart brengen van de vroege voortekenen blijken in een aantal gevallen als tijdrovend te worden ervaren. Ook de ervaringen met het betrekken van de familie bij de methodiek zijn positief. Het is veelal een extra tijdsinvestering die als uiterst nuttig wordt ervaren. De hulpverleners noemen grofweg vijf voordelen van de methodiek: ze is systematisch, ze is verhelderend en inzichtgevend, ze geeft de cliënt een eigen verantwoordelijkheid en een actieve rol, ze biedt houvast en ze levert naast informatie over de vroege voortekenen ook andere zinvolle informatie op en is psycho-educatief.

**De setting**

De methodiek is toegepast in vier settings die verschillen in de mate waarin zij ambulante dan wel residentieel zijn. In de RIBW en de Depotpoli werd de methodiek niet als geschikt ervaren. Dit heeft niet zozeer met de setting te maken als wel met de cliënten. Er melden zich vaak cliënten aan die al een hele hulpverleningsgeschiedenis achter de rug hebben. Het ligt dan ook meer voor de hand om op een eerder tijdstip in de carrière van de cliënt met de methodiek te beginnen. Verder moet op de depotpoli extra tijd worden ingeruimd voor cliënten en volgens sommige hulpverleners van de RIBW past de methodiek niet in hun taakopvatting. Idealiter zouden cliënten alvorens ze

zich bij deze voorzieningen aanmelden de methodiek al hebben moeten doorlopen.

### **Tenslotte**

Vroege voortekenen zijn voor cliënten onlosmakelijk verbonden met het praten over hun ziekte. Weliswaar is de methodiek daardoor enigszins gefocused op de ziekte, maar men dient zich wel te bedenken dat de methodiek slechts een van de onderdelen van de totale behandeling/begeleiding van de cliënt is. Er is dus ook aandacht voor de cliënt en zijn niet-handicaps.

Het 'tijdrovende' van de methodiek is relatief. De bestede tijd- bij de meeste cliënten heeft de methodiek niet meer dan zes uur geduurd- is beslist niet veel voor een preventieve interventie. Nog belangrijker is de constatering dat er eerder sprake is van een verschuiving in tijdsbesteding van a-specifieke naar specifieke aandacht voor de cliënt. Veel hulpverleners geven aan dat zij het prettig vinden om de veelal chronische cliënten iets concreets en doelgerichts te kunnen bieden.

Het procesevaluatie onderzoek zo kunnen we concluderen, heeft inzicht gegeven in de werking van de methodiek en de ervaringen van de deelnemers zijn erg positief en hoopgevend.

### **Psycho-educatie aan familieleden van sociaal psychiatrische cliënten**

We definiëren psycho-educatie als het gebruik van educatieve principes, methoden en technieken ten behoeve van de ondersteuning van familieleden. Psycho-educatie is daarbij meer dan voorlichting alleen. Psycho-educatie beperkt zich niet tot algemene kennis over het ziektebeeld van de cliënt. Deze kennis en informatie dienen ook doorgewerkt te worden. Psycho-educatie

omvat daarom altijd elementen van training en begeleiding. En daarbij gaat het om het integreren van deze informatie in het zelfbeeld van het familielid en het leren accepteren van een mate van kwetsbaarheid van de cliënt waarbij het risico van toekomstige psychotische episodes niet is uitgesloten.

Ondertussen is er in de preventieve praktijk een groot aanbod ontwikkeld en uitgevoerd van psycho-educatieve cursussen voor familieleden (en cliënten) die beogen de belasting van familieleden te verlagen en overbelasting te voorkomen. Recentelijk is een onderzoek uitgevoerd (Stam e.a., 1999) naar de effecten van deze preventieve interventie. Een experimentele groep van 119 deelnemers is daartoe vergeleken met een controlegroep van 45 familieleden van psychiatrische cliënten die niet deelnamen aan de psycho-educatiecursus. Het onderzoek stelde vast dat de cursus heeft geleid tot een vermindering van de ervaren belasting bij de deelnemende familieleden.

Familieleden maken zich minder zorgen over de cliënt en ook de mate waarin ze de cliënt in het dagelijks leven begeleiden en activeren is minder geworden door de cursus. Uit analyses blijkt verder dat de psycho-educatie een gunstig effect heeft gehad op burn-out.

Familieleden hadden op de nameting een minder kille, cynische en/of onpersoonlijke houding dan de controlegroep, die op dit punt achteruit bleek te zijn gegaan.

(beknopte samenvatting van de lezing gehouden op 25 november lustrumcongres NVSPV; de originele versie is beschikbaar bij de auteur)

Email: fmierlo@trimbos.nl

## Literatuur

Boer, K. de, F. van Mierlo (1998). Vroege voortekenen in de praktijk. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 1, 42 – 54.

Bosma, M, C. Hosman (1990). Preventie op waarde geschat; studie naar beïnvloedbaarheid van determinanten van psychische gezondheid. Beta-press, Nijmegen.

Gottlieb, B.H. (1988). *Marshaling Social Support; formats, process and effects*. Sage publications, Beverly Hills, London.

Mierlo, F. van (1997). Vroege voortekenen van een psychose; veldverkenning en literatuurstudie in het kader van het preventiemodelproject Symptoommanagement. Trimbos-instituut, Utrecht.

Mierlo, F. van, H. Stam (2000). Vroege voortekenen van een psychose in de praktijk; methodiekontwikkeling en procesevaluatie. Trimbos-instituut, Utrecht.

Ridder, D. de (1990). *Determinanten van psychische gezondheid*. Trimbos-instituut, Utrecht

Stam, H., P. Cuijpers (1999). *Psycho-educatie voor familieleden van psychiatrische patiënten; de effecten op belasting*. Trimbos-instituut, Utrecht.