

De sociale psychiatrie (en daarmee de spv) tussen feit en fantasie

Hoe je het specialisme Sociale Psychiatrie ook bekijkt of beoordeelt, een feit is dat het zich destijds onderscheidde en vervolgens afscheidde van de Klinische Psychiatrie door een radicale accentverschuiving van de persoonlijke (intra-psychische) problematiek naar de tussenpersoonlijke (inter-psychische) verhoudingen en omstandigheden. Die individuele hoogst-persoonlijke problematiek is in feite onzichtbaar en dus nooit een onloochenbaar feit: wát er ook wordt beweerd, door de persoon zelf of door diens beoordelaars rondom, het is en blijft een kwestie van veronderstellingen; en hoe groter de verbeeldingskracht (de fantasie) en het invoelend vermogen (de empathie) en hoe gericht en grondiger de vakopleiding die zo'n voorstellingsvermogen in de vastere kaders heeft geleid van wat proefondervindelijk min of meer bewezen is (daarmee de hardheid van een feit benaderend maar nooit helemaal bereikend) des te beter zal het lukken om er achter te komen wat er nu werkelijk in dat binnenste van de ander verborgen ligt. En dát we daar achter proberen te komen komt voort uit de vakwetenschappelijk gefundeerde vooronderstelling dat in dat binnenste de oorzaak of althans de aanleiding ligt van de klacht of de stoornis waarvoor onze deskundigenhulp werd ingeroepen.

Die omgeving van de patiënt - want waarom zouden we iemand die ergens op eigen kracht niet meer uitkomt, niet weer gewoon zo gaan noemen: dat is toch geen schande, daar hoeven we anno '78 toch niet meer moeilijk over te doen? - heeft natuurlijk ook wel zijn meer en minder feitelijke facetten, maar in het algemeen zullen die omgevings-omstandigheden zich toch dichterbij de buurt van de van buitenaf zichtbare feiten bevinden dan de 'black-box-achtige' intrapsychische kronkels. Temidden van die verwarrende veelheid van vaststaande feiten (de uitwendige omstandigheden) en van veel minder vaststaande verhoudingen en veronderstellingen (zoals de gezinsrelaties) zal een sociale psychiatrie die haar eigen identiteit trouw wil blijven toch altijd weer de voorkeur en voorrang geven aan wat 'werkelijk waar' is. En werkelijkheid is waar men woont, hoe de woning er uit ziet en hoe de buurt, wat vaders beroep is en wat de grootvaders deden (grootmoeders werkten nog niet buitenshuis en moeders ook nog niet in die mate dat daaraan een sociale stratificatie valt te ontleen, zeker niet in die kringen waarin de sociaal-psychiatrische diensten zich plegen te bewegen), hoe precies de gezinssamenstelling er uit ziet, hoe het toegaat thuis, welke regels en gewoonten er heersen en wie zich daaraan onttrekt, hoe de weekends en de vakanties worden doorgebracht, waarover gepraat wordt, waarnaar gestreefd, waarnaar verlangd, enz, enz. - vragen te over voor wie over voldoende verbeeldingskracht beschikt om zich in gedachten te verplaatsen in het milieu van het kind of de volwassene over wie het gaat. Vervolgens zullen de aldus verkregen gegevens op een rijtje moeten worden gezet, d.w.z. gerangschikt in volgorde van belangrijkheid voor het begrijpen van het 'hoe en waarom' (in deze volgorde!) - en voor die ordening is dan weer die deskundigheid nodig, het denkmodel dat als een matrijs op de feiten wordt gelegd, en zodra dit gebeurt gaat het niet meer alleen om de feiten-op-zich (hun face-value) maar om de feiten-in-hun-veronderstelde betekenis (hun 'value' als verklaringsgrond). Dit is dan weer de psychiatrie van de sociale psychiatrie, de doorlichting van de eventuele 'dubbele bodem' die aan de problematiek ten grondslag ligt, de ontmaskering van de schijn die eventueel wordt opgehouden, of hoe men het ook wil noemen, als men maar goed in het oog houdt dat het woord 'eventueel' hier niet voor niets wordt gebruikt: er zit niet altijd meer achter of iets heel anders achter dan men als onbevangen waarnemer van de feiten zou denken, en er wordt niet altijd gemaskeerd en achtergehouden (ook al is de tegenwoordig nogal eens gedemonstreerde 'openheid' vaak evengoed gezichtsbedrog, een vorm van maskerade van de ware, bijv. veel eenvoudiger, gevoelens). Overigens zal zo'n psychiatrische zienswijze zich ook in zoverre voor eenzijdigheid moeten hoeden dat niet alleen de debet-zijde breed wordt uitgemeten: dat wat allemaal verkeerd is gegaan en fout is gedaan, doch daartegenover steeds de credit-kant wordt gesteld: dat wat goed is gegaan en dus kennelijk goed is gedaan. En ook dat is karakteristiek voor de sociale psychiatrie, deze zorgvuldige combinatie van ziekte-diagnostiek en gezondheids-constatering, omdat slechts op deze wijze de verhouding draagkracht/draaglast goed kan worden beoordeeld - en dáár gaat het om bij volwassenen en kinderen die geacht worden zich in de maatschappij te kunnen handhaven.

Comment is free, facts are sacred

Toen wijlen Prof. P.A.H. Baan, afkomstig uit de forensische psychiatrie, in 1957 hoogleraar werd in Groningen verwekte hij de nodige opschudding door met vreemde veranderingsvoorstellen te komen. Zo vond hij het nodig dat er minder psychiatrie aan de patiënten te pas kwam en méér maatschappelijk werk - toen nog een vak waarvan werd verondersteld dat het tamelijk stevig in de platvloerse werkelijkheid was geworteld. Dat ook toen al menig maatschappelijk werkende zich daar ver boven verheven voelde had hij misschien kunnen weten, maar dat dit vak zó maatschappij-kritisch zou worden dat voor de cliënt slechts een kritiekloze benadering overbleef, dát had niemand kunnen vermoeden. Zoals ook, voorzover bekend, niemand heeft voorzien dat zelfs een bij uitstek in de praktijk geworteld vak als dat van verpleegster (zo heette dat tot voor kort) in de ban ervan zou raken. Een andere nieuwigheid van Baan - en die heeft hem helaas niet overleefd - was het invoeren van foto-albums van elke opgenomen patiënt: één van zijn naaste woon- en gezinsomgeving en één van zijn levensgeschiedenis (familiefoto's, jeugdfoto's, trouwfoto's, etc.) Door de toenmalige assistenten werd dit vrij unaniem onzin gevonden: hun belangstelling ging niet zozeer uit naar de feitelijke banaliteiten want hun beroepskeuze was de psychiatrie; dat hield in dat ze die zogeheten werkelijkheid wilden ontmaskeren waar ze maar konden en dat ze stonden te popelen om die diepste waarheid, weggedrongen in het onbewuste, als een konijn uit de hoed te toveren. En daar kwam die professor Baan met zijn onnozele foto's aandragen ... Hij maakte het een tijdlang zelfs nóg bonter: een speciale sociaal psychiater werd ingehuurd om een zo concreet mogelijk beeld te schetsen van de woonomgeving van een bepaalde patiënt, bijv. van het dorp A, waar de molenaar H. het zo moeilijk had dat hij er een eind aan wilde maken. Psychiaters-in-opleiding woonden toen nog niet in dorpen en als ze er niet toevallig zelf in waren opgegroeid, begrepen ze soms zo weinig van die moeilijk verstaanbare plattelanners dat ze nog slechts de symptomen bij hen konden onderscheiden en niet de mensen die ze werkelijk waren. Daarvoor juist hadden die foto's en daarvoor had die Zuidhof hen de ogen moeten openen!

In de sociale psychiatrie had je geen foto's meer nodig, daar ging je zelf bij de mensen thuis kijken, het met eigen ogen aanschouwen. Maar zonder 'eye-opener' werd je daar nóg niet zoveel wijzer van, want zo'n klinische opleiding geeft wél een 'diepere' maar niet bepaald een 'ruimere' (opener) blik. En het waren 'de zusters' bij de sociaal-psychiatrische diensten die je de ogen openden voor wat de sociale werkelijkheid was, niet door jouw 'geleerde' interpretaties en hypothesen te bestrijden of te overtroeven, maar door almaar **onvermoeibaar feiten aan te dragen**, en tegen zo'n ballast is op het laatst geen enkele opgeblazen betersweters- ballon bestand, dat wordt onherroepelijk 'zakken' geblazen en met beide benen op de grond belanden. Daar waar een sociaal-psychiater hoort te staan, naast zijn teamgenoten, zo dicht mogelijk bij de alledaagse werkelijkheid.

'Behandeln will mich jeder, aber helfen kann mir keiner'

Dat zich-houden-aan de feiten, zich daartoe bepalend en beperkend, dat zette zich voort in de behandeling, die voorheen dan ook begeleiding heette en zich niet geneerde voor deze benaming, die in feite betekent: 'op weg vergezellen' - en wat is er nu feitelijker dan een weg die je gaat? Ook wat dit betreft zijn het altijd vooral de verpleegkundigen geweest die het sociaal-psychiatrische klimaat hebben bepaald, die daar levensechte 'warmte' aan wisten te geven.

Psychiaters & psychologen mochten dan nogal eens de neiging hebben om aan de platte aardse werkelijkheid te ontsijgen, bijv. door een woordkeus of een spreektrant of door zgn. 'technieken' te gebruiken waarin ze niet meer te volgen waren, meestal werden ze wel gauw op hun plaats gezet door hun o-zo-zakelijke medewerkers, die hen onverbiddelijk met de realiteit confronteerden als nimmer-aflatende pleitbezorgsters voor de 'platvloerse' wensen en verlangens (én belangen!) van de patiënt. Want die dokters hadden dan misschien de menswetenschappen bestudeerd, de spv's hadden mensenkennis opgedaan in het omgaan met gewone mensen - bed-aan-bed gelegen in de ziekenhuizen waarin ze hun A-opleiding hadden gedaan, naderhand voortgezet in de B-verpleging, waar de mensen iets minder 'gewoon' waren en iets minder in bed verbleven; weliswaar geen mensen in hun gewone doen maar wel mensen onder elkaar, van de vroege morgen tot de late avond (en in de nacht, niet te vergeten), vaak met hun hart op de tong tegenover de verpleegsters voor wie toch ook de billen bloot moesten: als je dáár niet met mensen leert omgaan, leer je het nooit. Zeker, het ging daarbij om 'helpen' en niet om 'behandelen', om 'verzorgen' en niet om 'veranderen', maar het was juist in deze (zelf-) beperking dat ze zich meester toonden. In dezelfde Van Dale waarin de nieuwerwetse term 'verpleegkundige' wordt verworpen, wordt onder 'verpleging' verstaan: 'zijn zorg wijden aan - voorzien in de behoefte van'. Hoe ter wereld is het mogelijk dat deze begrippen toch een beetje in een kwaad daglicht zijn komen te staan? Dat is echt heel treurig en vóór alles dáárom, omdat degene die hulp vraagt gewoon gehólp wil worden: gesteund, bijgestaan,

begeleid en noem maar op, misschien ook wel ergens van afgeholpen, zonder dat dit nodeloos pijn doet of moeite kost, en dat is toch ieders goed recht? Daar is toch ook niets vernederends aan, daar hoeft niemand zich toch voor te schamen? Tenzij de hulpverlener er zelf deze schijn of deze draai aan geeft! Bijvoorbeeld door te laten merken dat hij de hulpvraag eigenlijk niet zo goed vindt, te oppervlakkig of te gemak-zuchtig of te eenzijdig en dat deze eigenlijk ingewisseld zou moeten worden voor de gangbare pasmunt die de hulpverlener te bieden heeft: dus niks geen opbeurend gesprek maar rustgevendende pillen, niks geen concreet advies omtrent de pedagogische aanpak maar een gedragstherapie, niks geen tijdelijke uithuisplaatsing van het onhoudbaar-moeilijke kind maar juist een extra gezinsinspanning in de vorm van gezinsbehandeling...

Natuurlijk moeten dgl. gespecialiseerde behandelingen in bepaalde (streng geselecteerde en strikt geïndiceerde) gevallen wel (aan-)geboden worden, maar dan zal het niet zelden veel 'moed, beleid en (vooral ook) trouw' vergen om de noodzaak hiervan aan de man te brengen. Want 'men' heeft er veelal niet de geringste notie van wat er niet allemaal achter gezocht kan worden, en waar een simpele vraag om hulp niet overal toe kan leiden - van die 'kenniskloof' moeten hulpverleners zich goed bewust zijn, willen ze deze overbruggen. En dat de wil tot drastische veranderingsprocessen bij de mensen in 't algemeen niet sterk ontwikkeld is, dát mag men gevoeglijk aannemen.

Als er iets echt kenmerkend was voor 'onze zusters', dan was het wel die onvoorwaardelijke en vanzelfsprekende hulpverlening, aansluitend bij wat de mensen meestal zelf ook wel wilden en zelf ook al hadden gedacht.

En misschien voltrok zich dat wel binnen de 'brede band' van 'biologisch signaleren, psychologisch denken en sociologisch handelen', maar de basis ervoor was de 'goede band' die ze met hun cliënten wisten op te bouwen én te onderhouden. Daar werden niet zoveel woorden aan vuil gemaakt, dat gebeurde gewoon, er werd gewoon gedaan wat er gedaan moest worden en lukte dat niet op de meest-wenselijke dan wel op de best-mogelijke manier.

Vanuit deze attitude werd er waarschijnlijk wel wat vaker uitgegleden naar het uiterste van teveel uit-handen-nemen dan naar het andere uiterste van teveel voorwaarden vooraf stellen, men neigde misschien meer tot teveel bedisselen dan tot almaar bepraten (dóór-praten), maar de vraag is welke de minst kwaai is van deze uitersten. Het is weliswaar waar dat er nooit méér hulp geboden moet worden dan strikt geboden is, omdat teveel hulp en verzorging de mens klein en afhankelijk houdt en in zekere zin zwak maakt - maar op dat teveel tegemoetkomen aan de 'hulpbehoevendheid' kun je altijd nog terugkomen, zolang je tenminste een open oog blijft houden voor de proceskant van het hulpverleningsproces waarin je zelf bent betrokken (opleiding en supervisie moeten zo'n zelfkritische blik hebben ontwikkeld, zo niet - dan is een andere beroepskeuze aan te bevelen).

Doch dat andere uiterste, van allerlei voorwaarden verbinden aan het heilige geholpen-worden, alsof daar werkelijk je ziel en zaligheid van afhangt, dat werkt vervreemdend en afstotend en resulteert niet zelden in een voortijdig einde van het contact en in een voorlopige reserve jegens alles wat hulpverlening heet.

'Soms genezen, vaak helpen en altijd troosten'

Net als de termen 'verpleging' en 'verzorging' heeft ook dit aloude artsensadagium een wat onaangename bijklank gekregen. Waarschijnlijk omdat men zich er een verheven positie bij voorstelt, een soort vaderlijk of moederlijk overwicht, en dat is immers uit-den-boze, volgens velen. Méér kunnen en méér weten dan de patiënt schijnt zó slecht voor hem te zijn dat alle eventuele gunstige effecten daarbij in het niet vallen. Bij de garage geldt dat kennelijk niet, ook niet in een winkel waar je complete smaakveranderingen opgedrongen kunt krijgen, maar niet zodra is er een gezondheidszorg in het spel of het geholpen-worden wordt zeer ongezond geacht voor de opeens brood-nodige emancipatie. Zeker, dokters hebben op een veel te hoog voetstuk gestaan en voor verpleegsters hadden op zijn minst diegenen een heilig respect die ooit zelf in een ziekenhuis waren opgenomen, maar houdt dat nu in dat deze beroepsgroepen zich nadrukkelijk 'nederig' moeten voordoen om te vermijden dat ze te hoog worden aangeslagen? Zoiets zou toch juist dat schimmige rollenspel bevestigen!

Trouwens: 'troosten' mag dan tot-en-met paternalistisch zijn, dat hoeft toch niet in alle omstandigheden verkeerd te wezen? Troosten is bijv. begrip en meegevoel tonen voor de moeilijkheden die een lastig kind geeft, troosten kan ook betekenen dat men de gevoelens van de ander ontziet, bijv. de schuldgevoelens van de ouders die denken dat het wel hun fout zal zijn (die hèn zal worden aangerekend!) dat hun kind zo in de knoei is geraakt.

En 'helpen' mag dan misschien voor menigeen een moederlijke klank hebben, dat wil toch nog niet zeggen dat wie geholpen wordt zich alleen al daardoor klein moet voelen? Waarom zou de Wegenwacht je wel in je waarde laten en ook de buurman die je even bijspringt omdat hij handiger is of over meer gereedschap beschikt, en waarom zou het opeens 'vernerdend' zijn als je hulp haalt op een bureau dat nota bene mede van jouw

belastingcenten in stand wordt gehouden? Nee, hulpverleners die hier ingewikkeld over doen zouden zich misschien eens af moeten vragen of ze soms zélf wat overspannen voorstellingen hebben omtrent hun belangrĳheid en invloedrĳkheid. En zeker is zo'n vraag gerechtvaardigd als het om dat inderdaad sporadische genezen gaat en om de niet bepaald zeldzame pogingen daartoe: het 'echte' behandelen. Zeker, er zijn wel ziekten en stoornissen die vrij gemakkelijk te genezen zijn, maar veel daarvan zouden ook zonder behandeling wel weer zijn verbeterd. En in de psychiatrie en in de geestelijke gezondheidszorg is er werkelijk geen enkele reden voor therapeutisch optimisme en dus temeer reden voor bescheidenheid in dezen. Niet alleen de wil tot wezenlijk veranderen ontbreekt nogal eens, ook het vermogen tot veranderen laat veel te wensen over; de aanpassing aan veranderende uitwendige omstandigheden, dat lukt meestal nog wel (vooral ook daarom is de sociale psychiatrie daar een nieuwe invalshoek gaan zoeken), maar echt van binnenuit op een andere golfleŋte geraken (bijv. middels een vorm van inzichtgevend psychotherapie) - nou vergeet het maar ...

Dat het aantal therapeutische technieken een exponentiële zo niet explosieve groei te zien geeft, pleit hier beslist niet tegen, eerder integendeel: het is als met het bedplassen, waarvoor ook steeds nieuwe behandelingen werden bedacht, maar waar nooit één bepaalde methode zo effectief bleek dat het de andere uit de markt prijsde; dat er zoveel behandelingen bestonden betekende alleen maar dat er nog géén kruid tegen gewassen was. En ook dat er steeds meer mensen het heil hebben aanschouwd, wil niet zeggen dat het echte genezen van 'soms' tot de gewoonste zaak van de wereld is geworden, want die talrĳke gebruikers van groeigroepen, ontmoetingsbijeenkomsten en meditatie-seances waren waarschijnlijk niet zozeer ziek maar hooguit niet zo erg tevreden en niet zo erg gelukkig - en dat is heel iets anders.

Voorkómen is beter dan (niet) genezen ...

Gezondheidszorg - ook de geestelijke - heeft zich bezig te houden met ziekten, afwijkingen en stoornissen, met de gevolgen daarvan maar vooral ook met de voorboden en vroegsignalen daarvan, **voortdurend op zoek naar oorzaken en andere aanleidingen**. Om die waar maar mogelijk te voorkómen - dát moet steeds het streven zijn van de preventieve jeugdgezondheidszorg. Omdat er echter in de geestelijke jeugdgezondheidszorg nog zo weinig vast staat, nog veel te weinig wetenschappelijk spewerk is verricht naar wat wezenlijk de draagkracht bepaalt, moet vaak het zekere voor het onzekere worden genomen en hulp worden geboden zodra ook maar iets erop wijst dat het kind meer te (ver-)dragen krijgt dan het aankan. Dit is eigenlijk een heel ongewenste en op de duur onhoudbare situatie, temeer omdat van onze verzorgingsmaatschappij meer en meer de suggestie uitgaat dat er voor elk klachtje en elk probleemje wel een oplossing te krijgen is, dat *alles* mogelijk moet zijn voor *iedereen*, en dat kan alleen maar op een toenemende teleurstelling uitdraaien, want *zeker tegenover zo'n ongeseelteerde en ongebreidelde hulpvraag zal het hulpaanbod steeds sterker tekort schieten*. Daarom is het meer dan ooit zaak - is het niet uit overwegingen van geestelijke volksgezondheid dan is het wel uit economische noodzaak - om de 'echte' hulpbehoefte hard te maken. Daarbij zullen natuurlijk prioriteiten gesteld moeten worden en het ligt wel erg voor de hand daarbij voorrang te geven aan de voorzorg, d.w.z. aan die hulpvraag die wezenlijke preventieve betekenis heeft. Alleen: wie weet welke dat is, wie maakt dat uit?

En zo zijn we terug bij ons uitgangspunt:

dit vereist vóór alles een vakkundige en bij voorkeur multidisciplinaire diagnostiek, en dat is bepaald iets anders dan een 'intake' waarbij de hulpvraag nader wordt geconcretiseerd en de hulpbereidheid wordt ingeschat, waarna via het 'vrije associëren' van het consultatieve staf-overleg de ene veronderstelling na de andere op de smalle basis van het intakeverslag wordt gestapeld; er kan zo wel een heel boeiend bouwsel ontstaan, maar het wankel ervan is dat het met de werkelijkheid niet zo veel meer te maken hoeft te hebben.

Diagnostiek daarentegen houdt zich, als het goed is, aan de feiten - zeker als het differentiaal-diagnostiek heet, want dat is immers het kiezen uit mogelijkheden die in werkelijkheid bleken voor te komen, en nóg zekerder als het in het kader van de sociale psychiatrie gebeurt, zolang daar tenminste sociaal-psychiatrische verpleegkundigen de dienst uitmaken die verbeteren vasthouden aan het verzamelen van de feiten 'en niets dan de feiten'.

Want: zonder voldoende feiten geen verantwoorde diagnostiek, zonder diagnostiek geen bruikbare rubricering, zonder registratie (en research) geen werkelijke preventie - en zonder preventie geen recht op de benaming gezondheidszorg en dus eigenlijk geen recht van bestaan.

