

KNUPPEL IN HET HOENDERHOK VAN 'HAVANA AAN DE WAAL': NIJMEGEN ANNO 1974

De Hooggeleerde Heer
Prof. M. van Beugen
Waaldijk 83,
Hurwenen

Beste Marinus,

Lezing van het laatste nummer (nr.5) van "De eerste lijn" deed bij mij nogal wat vragen rijzen en de behoefte gevoelen jou van wat anders gerichte informatie te voorzien - te weten het hierbij gaande (eerste) ontwerp: "Alternatieven in de hulpverlening".

Ligt het nou aan mij dat ik zoveel tegenstrijdigheden bespeur in deze (overigens zeker lezens- en zelfs lof-waardige) doctoraalscriptie: "Geestelijke Gezondheidszorg in nieuw perspectief"? Of is het inherent aan het onderwerp en terug te voeren tot die fundamentele tegenstrijdigheid die er bestaat tussen democratie-als-middel en democratie-als-doel?

Of om dit wat meer naar onze praktijk toe te vertalen: de controverse tussen emancipatie én de mensen leren hoe dit moet, tussen de mensen voor vol aanzien (ook in hún manier van hulp vragen) en ze toch niet helemaal au-serieux nemen in hun maatschappelijk (en politiek) handelen (en daarom hún hulpvraag toch maar liever vertalen in ónze termen).

Wat mij het meest bevreemdde in dit stuk was dat er wel op een hele zinnige manier kritisch (krities!) geschut in stelling werd gebracht, doch dat al bij voorbaat het vizier gericht werd op de dokters (en hun adepten) in de geestelijke gezondheidszorg. Terwijl het m.i. meer voor de hand had gelegen juist deze (soort) kritiek af te vuren op de nieuwere vormen van hulpverlening, met name in het Maatschappelijk Werk.

Ik werk nou zo'n 15 jaar in de sociale jeugdpsychiatrie en heb ook wel vaak aangeschopt tegen de soort psychiaters waarvan in de (vak)literatuur sprake is, tot ik merkte dat ik ze in de praktijk eigenlijk zelden of nooit tegenkwam (er schijnt er hier en daar nog wel één achter een psychoanalytische divan verscholen te zitten, maar wie zich daar aan stoort is volgens mij zelf aan die divan toe).

Wat je nog wel aantreft dat zijn klinische psychiaters, opgezadeld met maatschappelijke uitvallers waar andere hulpverleners geen weg meer mee wisten en die nu moeten proberen met beperkte middelen en zeer beperkte mankracht zich de criticasters uit de boze buitenwereld van het lijf te houden - met de rug tegen de intramurale muur omdat ze niet door kunnen verwijzen (en de Zwarte Piet niet door kunnen spelen).

Van een andere categorie zijn de extramurale zgn. 'sociale' psychiaters, doch díe betrokken de sociale omstandigheden al in hun (diagnostische, therapeutische en preventieve) overwegingen toen het maatschappelijk werk nog veel weg had van huishoudelijk werk (en er hooguit eens iemand uit die discipline zich verder ontwikkelde in psychiatrische richting, zich dan ook prompt p.s.w. noemend: psychiatrisch sociaal werker...).

En over dit soort psychiaters gaat het in de 'echte' d.w.z. ambulante geestelijke gezondheidszorg, zoals het in de algemene maatschappelijke gezondheidszorg gaat over hele eenvoudige en hele praktische 'hoofdarbeiders' als huisartsen en jeugdartsen (en niet over wereldvreemde superspecialisten die voor hun technische hoogstandjes de ziekenhuispiste nodig hebben). En wie vind je nu dat kille technocratie kan worden aangewreven: die niet erg wetenschappelijk werkende maar wel altijd klaar staande en goedhartig maar wat áán

modderende arts óf die meestal niet-medische menswetenschapper die als fanaat volgeling van god-mag-weten welke Amerikaanse profeet nu weer zijn laatste methodiek- en relatie-training orthodox in praktijk brengt? Van wie stamt trouwens de term "Sociale Technologie" - van een psychiater soms? (Zo luidde de titel van het toonaangevende proefschrift van Marinus van Beugen... J.E.) En wie spreekt het beste de taal van de eerste lijn, de sociaal-psychiater naar wie 'patiënten' ten allen tijde kunnen worden doorverwezen (is 'client' echt een betere benaming? Waarom heet het nu dan 'hulpgegadigde')? óf die Skinner of Encounter of Gestalt-adepten die zichzelf allang niet meer kunnen volgen, laat staan dat 'de gewone man' (wie dat ook zijn mag) er nog een touw aan vast kan knopen.

En nog geheel afgezien hiervan: wordt het niet hoog tijd om ons ernstig(er) zorgen te maken over de ontwikkeling van het maatschappelijk werk – of ruimer gesteld: de welzijnszorg-sector? Ik dacht een dgl. bezorgdheid bij jou destijds te bespeuren, o.a. toen jij als top-manager van de relatiesleutelaars het strijdperk van Vrij Nederland betrad, maar waar is die gebleven? Je bent hopelijk toch niet ingepakt door al die ex-seminaristen en neo-marxisten waar met name Nijmegen zo mee 'gezegend' heet te zijn. Het zou me spijten - als dit zo was - en ik verwacht het ook eigenlijk niet (van jou). Maar misschien ben je zo relativistisch geworden dat je het volstrekt nutteloze van 'verzet tegen de tijdgeest' al bij voorbaat inziet als onbegonnen werk waar je dan ook maar beter niet aan kunt beginnen?

Wat mij - toegegeven: gezondheidszorg, psychiater - meer en meer tegen gaat staan in datgene wat ik meemaak van het Maatschappelijk Werk is de miezerige middelmatigheid en eentonigheid. Het komt maar zelden voor dat je iemand ontmoet die zichzelf is gebleven tijdens de opleiding aan een Sociale Academie, die zich niet met het eenheidssoepje heeft laten overgieten, daarin althans niet kopje onder is gegaan. Dat was 'bij ons' vroeger toch anders: hoewel de meeste opleidingen uitgesproken psycho-analytisch georiënteerd waren, wisten toch heel wat psychiaters hun eigen weg te vinden in het veld van overtuigingen. En daarom past die ene schoen ons ook niet die ons maar steeds weer wordt voorgehouden: ons vak is gelukkig op vele verschillende leesten geschoeid en geen eenheidsworst geworden waar de honden geen brood van lusten.

Ik lees nu zo'n jaar de "Peking Rundschau" - kan ik je aanraden: het is nog een beter middel om van links-radicalisme te genezen dan (om met Pen te spreken) een verblijf in Nijmegen. Maar wat je daarin gaat tegenstaan is diezelfde soort volstrekt variatie- en fantasie-loze eenstemmigheid: in China zingen de vogeltjes niet meer zoals ze gebekt zijn, maar zoals ze geprogrammeerd zijn. En dan vraag je je wel eens af: is daarvoor nu het analphabetisme uitgebannen, om iedereen met dergelijke onbenullige banaliteiten te (over-)voeren?

Maar om op mijn onderwerp terug te komen:

Kijk, het zou nog tot daaraan toe zijn als het moderne maatschappelijk (en vormings-)werk aan zijn eigen gemeier ten onder ging (tenslotte kost ook de WW voor hoofdarbeiders handenvol geld en dit is tenminste altijd nog een manier om ook elkáár bezig te houden en arbeidstherapie, dat weet je, staat hoog genoteerd bij psychiaters) maar nu men zich erop toe schijnt te gaan leggen ook anderen af te meten en aan te passen aan de maat van hún middelmatigheid, nu wordt het me toch wel te dol. Laat ik met een drietal concrete voorbeelden duidelijk proberen te maken (ook aan mezelf) hoe ik dit bedoel en waar ik op doel:

1) Dat mensen zo makkelijk en vooral zo vanzelfsprekend hun volle vertrouwen schenken aan artsen (met of zonder witte jas) mag dan voor velen die dit niet zo een-twee-drie lukt een doorn in het oog zijn, dat hoeft er toch nog niet toe te leiden dat die arts-patiënt-relatie

verdacht wordt gemaakt en tot infantiel wordt verklaard – waarna nota bene ook nog het alleenrecht voor het verantwoord hanteren van relaties min of meer wordt opgeëist door de sociale technologen (wier overmatige omzichtigheid in dezen de verdenking wekt van overwaardige denkbeelden over eigen belangrijkheid voor de ander; die intussen wat caricaturale psychiater-achter-de-divan mag dan een beetje op god-de-vader zijn gaan lijken in die oneindig lange therapiesessies, de doorsnee ambulante hulpverlener is allerm minst indrukwekkend en oefent - dan ook - lang niet die invloed uit die hij - al of niet - zou wensen. Dat vertrouwen hebben die artsen overigens ook niet 'vanzelf' gekregen, daar is een eeuwenlange ontwikkeling aan vooraf gegaan, van het magische geloof in de medische almacht (restanten daarvan zijn nog aanwezig en moeten worden weg gewied als onkruid) tot het vrij volwassen zich verlaten op het medische (en inderdaad vooral ook technische) kunnen.

Dat vertrouwen moeten wij - geestelijke gezondheidszorgers - vooral niet verspelen door ons té veel in te laten met maatschappelijk werkenden, temeer niet omdat we dit vertrouwen niet zelf hebben 'verdiend': het zijn de verguisde technocraten in ons vak die de meeste respect afdwongen en daardoor vertrouwen wekten, en iets (voldoende) daarvan straalt af op ons, sociaal psychiaters en andere alledaagse huis- (tuin- en-keuken-)artsen. Daarom vind ik dat we ons niet (nog verder) moeten verwijderen en vervreemden van de algemene gezondheidszorg: niet om de 'eer' (van het vertrouwen) dat ons wordt gegund, maar omdat het een heleboel tijd en energie scheelt dat niet elke hulpverleningsrelatie van de grond af hoeft te worden opgebouwd, doch dat kan worden voortgebouwd op de voorhanden fundamente van een van de oudste vertrouwensrelaties die er bestaan, namelijk die tussen patiënt en arts (en zet die beiden voor mijn part maar tussen aanhalingstekens).

2) Dat er over mensen meer gedacht (en gediagnosticeerd) kan worden dan dezen zelf kunnen bevroeden en bevatten - dat mag voor vele niet-medici annex maatschappijcritici een 'steen des aanstoots' zijn, doch dat hoeft daarom toch nog geen reden te wezen om dit soort vakkundig (deskundig) nadenken over mensen en (en in) hun problemen nu ook maar helemaal na te laten, of zó te reduceren tot bijna-niets dat het in geen geval boven het eigen denken (van de hulpgegadigde) uitrijst (de rapporten moeten immers met de cliënt doorgenomen kunnen worden en mogen dus niets onbegrijpelijks en niet teveel onverwachts bevatten). Ik zou dit eigenlijk best een mooie en modieuze smoes vinden om van dat vervloekte rapporteren af te komen... Maar ik vrees dat het ernstig is gemeend – en ik ben zelfs bang dat er méér achter zit, nl. het monddood willen maken van (vak-)mensen die er wél meer van weten, die wél dieper kunnen duiken en duiden, die wél de diagnostische vakkennis bezitten, en daar nog iets mee kunnen doen, ook voor de patiënt-in-kwestie, en langs deze (om-)weg zelfs voor de preventie.

3) Dat alleen uit de individuele hulpverlening tot nu toe én de prikkels én de (feitelijke) gegevens zijn voortgekomen die tot preventief denken en doen stimuleren, en ook dat mag voor vele sociale wetenschappers een bittere en moeilijk te pruimen pil zijn, maar mag (op zichzelf) toch niet als een teken van aftandsheid worden beschouwd (gemorrel aan de marge van een nogal waardeloze maatschappij die alleen door structurele veranderingen verbeterd kan worden). In elk geval lijkt het wat voorbarig om déze bron (van informatie en inspiratie) dicht te gooien voordat nieuwe boringen ook werkelijk bruikbare preventieve energie hebben opgeleverd.

En het wordt natuurlijk helemaal te dol om een dgl. individuele hulpverlening zó uitbundig tot 'ouwe koek' te verklaren dat niemand daar straks nog zin in heeft. Bedenk hoe het de huismoeders/thuismoeders is vergaan: velen die voorheen volmaakt tevreden waren met hun o-zo-belangrijke maar beslist niet-spectaculaire verzorgende en opvoedende taak, leveren nu hun kleine kinderen gedwee af bij een crèche en gaan geheel onbelangrijke en overbodige dingen doen op kantoor, alleen om maar niet voor ouwerwetse trut te worden versleten (over de macht van de media en van de publieke opinie gesproken).

We zullen allemaal wel eens hulpgegadigde zijn geweest of nog worden (wat een vreselijk versluiserend modewoord trouwens: 'hulpgegadigde' - was 'hulpvrager' ook alweer vernederend geworden of gold dit alleen in de ogen van die hulpverlener met megalomane gedachten en projecties over eigen indrukwekkendheid?) en of je nu een chirurg nodig hebt voor een acute blindedarmontsteking of een maatschappelijk werkster voor een sociale crisissituatie of (nog gewoner) een vrijblijvend doch wel vakkundig advies omtrent de opvoeding van je kinderen, in al die gevallen is het toch van onschatbare waarde (méér naarmate de nood hoger is, dus in voornoemde voorbeelden in afnemende volgorde) dat er een hulpverlener beschikbaar is. Ik moet er niet aan denken dat dit niet meer zo (vanzelfsprekend) zou zijn, dat deze verworvenheid van onze (te?) hoog ontwikkelde maatschappij luchtigjes over de balk zou worden gegooid (op de grote vuilnishoop die als 'broeiest' kan en moet dienen voor een nieuwe maatschappij: nou, van mij hoeft dat echt niet).

Wat al die hulpverleners wel moeten doen, meer dan tot nu toe (maar dat wordt al jarenlang van de daken geschreeuwd, zeker in mijn vakgebied) dat is méér van hun aandacht besteden aan weloverwogen en doelgerichte preventie, juist omdat hun kennis en hun ervaring (opgedaan in die verguisde individuele hulpverlening) daarvoor zo belangrijk (zo wezenlijk zelfs!) zijn.

Wat ik maar wilde zeggen, het had eigenlijk ook wel heel kort gekund:

Als 'ik kan niet' wordt uitgevoerd als 'ik doe niet' dan getuigt dat van zelfkennis.

Als 'ik kan niet' wordt uitgelegd als 'ik wil niet' dan getuigt dat van (een vrij onschuldige vorm van) zelfbedrog.

Als 'ik kan niet' wordt uitgeroepen tot 'jij mag niet' dan getuigt dit van zelfoverschatting en zelfverheffing ten koste van anderen (die boven mij uitsteken, maak ik een kopje kleiner).

Om nog even te laten merken dat ik de (laatste) "Eerste lijn" wel degelijk gelezen heb, zij het uiteraard vanuit mijn gezichtspunt en mijn vooroordelen: Ik heb in tekst en literatuurlijst de naam Aakster gemist, en met name diens (nog maar pas verschenen) boek: "Sociologie en Gezondheidszorg". En juist dat boek zou ik dhr. Mastenbroek van harte willen aanbevelen, omdat daarin gezondheidszorg 'van binnenuit' wordt beschreven en (zeer fel) becritiseerd, terwijl er een toekomstvisie wordt ontwikkeld die zich losmaakt van alle bestaande kaders en toch de indruk weet te wekken met beide benen op de grond te blijven. (Kennelijk is de Groninger in Aakster toch sterker geweest dan de socioloog in hem...)

En wat die critiek bovenaan blz. 8 betreft: daar ben ik het zeer mee eens, alleen mag de GGZ juist op dit punt niet over een kam worden geschoren. Instellingen als SPD en JPD bestrijken juist veel meer de lagere socio-economische klassen en dat heus niet uit welbegrepen eigenbelang van de opdrachtgevende maatschappij (omdat in deze bevolkingsgroepen vooral de uitvallers dadelijk opgespoord en aangepast zouden moeten worden), maar enkel en alleen omdat deze groep nu eenmaal groot is en dus ook de hulpvraag. (als deze tenminste doelgericht wordt opgespoord, zoals met name in de jeugdgezondheidszorg het geval is, waar de secundaire preventie terecht alle aandacht krijgt.)

Beschouw tenslotte deze (te) lange brief ook als een 'vingeroefening' ten eigen bate: de ontwikkelingen in het veld (van mijn werkterrein) bevalen mij allerm minst, en ik wil daar zo zoetjes aan (maar niet zoetjes!) wel eens wat aan doen, ik weet alleen niet goed hoe en in welk vat ik dat moet gieten. Mag ik jou daarom vragen om commentaar op deze brief en (vooral) op het bijgesloten concept, liefst schriftelijk, als je daar eens de tijd voor weet te vinden. Het is de moeite waard, waag ik te beweren, niet omdat mijn gedachten hierover nu zo belangrijk zijn, maar wél omdat het gedachten zijn over fundamentele vragen die mijn vakgebied raken maar (zeker!) ook het jouwe.

Met hartelijke groeten van huis tot huis,

Jaap Euwema, jeugdpsychiater

Nadat ik deze brief had geschreven ontgleed me nog een professionele zekerheid, één van de laatsten: tot nu toe had ik nl. altijd gedacht dat 'gezondheidszorg' door iedereen werd beschouwd als een onderdeel van de welzijnszorg, als een soort 'medisch reservaat' daarin (zij het allang niet meer zó 'medisch' in dat wazige tussengebied van de geestelijke gezondheidszorg). Vandaar ook mijn mooie schema's hierover - je kent ze wel (voor alle zekerheid sluit ik er hier een bij in).

Maar nu krijg ik het augustusnummer van Metamedica onder ogen met daarin een artikel van jouw befaamde collega M.A. Bremer-Schulte (naar ik nu verneem intussen in het bezit van vele aantekeningen van vele trainingen in sociale vaardigheid: Counseling, Psychodrama, Gestalttherapie en Body-awareness - wat kan een mens nog meer verlangen?) - en die noemt, voor zover ik het begrijp, de hele welzijnszorg nu voor het gemak maar gezondheidszorg, om dan vervolgens daarover nieuwe plannen te ontwikkelen die er op neer komen dat ik straks met mijn hulpvraag (welke? elke?) eerst bij een belangstellende wijkgenoot (medemens-zonder-meer) terecht kom, dan bij semi-profs in de zin van eigenheemse medehelpers en héél misschien ook nog eens bij een echte vakman wat verder weg (maar niet meer met dure bordjes op de deur, want wie zich nog op zijn prof-status laat voorstaan is een opschepper - het woord 'non-professional' is daarom ook al tot taboe verklaard), doch dit zou dan een beschamend teken van infantiel autoriteitsgeloof zijn, evenals het zich primair richten op sleutelfiguren (in haar definitie: mensen die op grond van hun positie en niet van hun functie fungeren als klaagmuur of raadsman).

Onlangs beweerde ik nog dat een zekere mate van oorzaak-gevolg-denken onontbeerlijk leek voor het ontwikkelen van bruikbare preventieve inzichten (om dat en dat 'gevolg' te voorkómen moet je die en die 'oorzaak' vermijden - en dat ik met name niet zag hoe relatie-trainingen ooit uit hun super-elitaire slop zouden geraken en iets wezenlijks zouden kunnen gaan betekenen voor de grote massa (het invoeren van 'sociale vaardigheid' als leervak op school leek me nu ook niet direct een panacee voor alle kwalen van ons en onze samenleving). Maar wie schetst mijn verbijstering nu ik zie dat mevr. Bremer (die overigens wel het gevaar onderkent dat het de groepstrainingen zal vergaan als de psychotherapie: slechts beschikbaar en geschikt voor mensen van goeden wille en - vooral - goeden huize) uitgerekend dit in alle ernst voorstelt: oefeningen in sociale vaardigheid voor steeds meer mensen middels de evangelisatie-procedure: zegt het voort en doe het voor. Ik moet je zeggen: mijn geloof schiet hier tekort. Zelfs in voornoemde Peking-Rundschau trof ik nooit iets aan wat hierop leek, en toch staan daar de nodige schrikbeelden in van sociale controle en groepsterreur. Ik weet best dat het zó niet zal zijn bedoeld. Er staan ook wel hele zinnige dingen in dit artikel, ik zal de laatste zijn om dat te ontkennen. Zelf ben ik destijds zo warm

gelopen voor het boek van Guernsey "Psycho-Therapeutic Agents: New Roles for Nonprofessionals, Parents and Teachers", dat ik zelfs mijn medewerkers zover wist te krijgen dat ze een hoofdstuk eruit gingen refereren. (Ik moet nu overigens wel tot mijn leedwezen vernemen dat ik die non-professionals heb toegejuicht omdat ik een zgn. 'verantwoordelijkheids-verzamelaar' was en dat is een veel minder hoge staat van genade dan die van 'verantwoordelijkheidsspreider'.)

Maar de lijn consequent doorgetrokken van geestelijke gezondheidszorg in de beperkte Bremer-betekenis tot GGZ-in-ware-zin, en vervolgens verder tot de maatschappelijke en lichamelijke gezondheidszorg, kom je toch tot het niveau van ambities waar de titel blijk van geeft: "Wijkgezondheidszorg van binnenuit".

Terwijl ik dit schrijf heb ik spit-in-de-rug en niet zo zuinig ook: beschouw mijn brief als een vorm van zelfhelp-arbeidstherapie: van pijn-in-de-rug naar venijn-in-de-staart). In China zou daar misschien een zgn. 'blootvoet-dokter' aan te pas komen, denk ik, en die zou vast wel wat kunnen masseren om van acupunctuur nog maar te zwijgen - dus daar zou ik best baat bij kunnen vinden. Maar in het consequente Bremer-plan zou ik zijn gesignaleerd, geanimeerd en zo mogelijk gemotiveerd door mijn buurman die een paar huizen verderop woont, en die zich heeft opgeworpen als blootshoofdse (maar nog niet getrainde) 'mede-lever' - i.c. de wijkwelzijnszorg. Vervolgens was ik wellicht beland bij een wijk-ontmoetingsgroep van vereenzaamde spit-lijders (pijn máákt eenzaam!), onder leiding van een buurtgenoot maar nu met een bepaalde training achter de rug (en daarom bevoegd 'mede-helper' geheten, net zoiets als blokhoofd bij de B.B.). En als ik dan héél goed had kunnen praten (dat blijf ik vóór hebben...), had ik me heel misschien zelfs nog eens tot een echte dokter of masseur kunnen voortslepen, zij het onder het hoongelach van straat- en buurt-bewoners (daar gaat een man die meent het wel zonder ons te kunnen stellen, die zijn heil verwacht van vakmensen van buiten de wijk . . .). Ik weet wel, Bremer zou meer begrip en genade hebben want die geeft toe "Er kunnen zich situaties voordoen waar onderlinge hulp geen adequate oplossing biedt, maar deskundigheid moet worden ingezet". Wat mijn spit betreft die zou dan natuurlijk al-lang weer over zijn (want spit duurt nooit zo lang - hoop ik maar). Wat een wetenschappelijk onderzoek, uitgevoerd door een andragoloog, dan weer het bewijs in handen zou spelen dat die burenhulp nog helpt ook en voor veel minder geld.

En waarom zou ook dat aloude dokters-adagium van: "*Soms genezen, vaak helpen en altijd troosten*" (van welk ander beroep kan dit worden gezegd?) eigenlijk niet ook voor buurman opgaan? Buurmans leed troostte altijd al dus waarom zou het niet tot méér in staat zijn?

Maar ik moet je wel bekennen: ik hoop dit niet meer mee te hoeven maken en toch hoop ik nog lang te leven. En juist omdat ik betwijfel of beide hopen wel verenigbaar zijn, zal ik me moeten gaan verzetten – uit vertwijfeling!

Groetend,

Jaap Euwema

Achtergrondinformatie over Marinus van Beugen: 50 jaar geleden stonden we aan de wieg van Ouders van Nu, hij als pedagoog en ik als kinderpsychiater, als 'deskundigen' in de gezondheids- en opvoedingsvoorlichting. Na zijn promotie in 1968 op het proefschrift 'Sociale technologie en het instrumentele aspect van agogische actie' (jarenlang het verplichte leerboek op sociale academies) werd hij in 1970 hoogleraar andragologie in Nijmegen en in 1976 in Leeuwarden aan de subfaculteit sociale wetenschappen. Het samenwerkingsverband met de Rijksuniversiteit Groningen in Sociaal Hoger Onderwijs Friesland (SHF) heeft het volgehouden tot 1985, toen werd de afstudeerrichting welzijnsbelevingsvraagstukken ondergebracht bij de universitaire andragologie en bleef de andragogie (of agogie) bij het HBO in Leeuwarden. Beide benamingen zijn intussen in onbruik geraakt.