



Prof. Dr. M.A.J. Romme
Dr. A. Escher

Sociale Psychiatrie Boek EPILOOG.

Binnen het brede veld van de geestelijke gezondheid zorg benadert de sociale psychiatrie geestelijke gezondheid klachten op een ander wijze dan bijvoorbeeld de klinische psychiatrie. De sociale psychiatrie ziet vormen van verstoorte geestelijke gezondheid als uitingen van levensproblemen. In het ziek zijn geven mensen uitdrukking aan hun onvermogen om met hun problemen in de maatschappij te functioneren. In hoofdstuk twee van dit boek wordt dit beschreven als "Kenmerkend is dat mensen levensproblemen beleven als een bedreiging en / of verstoring van hun geestelijke gezondheid en de levensproblemen daaraan toeschrijven". Bij het ontstaan van verstoring van de geestelijke gezondheid is er dus sprake van een proces. In dit proces zien we vaak een verschuiving van de aandacht voor de levensproblematiek naar aandacht voor de uitingsvorm. Mensen geven namelijk op een individuele en dus heel verschillende manieren uiting aan hun onvermogen. Voorbeelden van die uitingsvormen zijn depressie, paniek aanvallen, obsessie, dwang handelingen, drank of drugs misbruik, hallucinaties en wanen. Het zijn allemaal uitingsvormen die om zorg vragen en daardoor kan de aandacht van het levensprobleem verschuiven naar de uitingsvorm die vervolgens beleefd wordt als het levensprobleem zelf.

De uitingsvormen van levensproblemen kunnen dus een betekenis krijgen, die niet overeenkomt met de manier waarop ze ontstaan zijn. In hoofdstuk twee wordt het belang om dit te herkennen omschreven: "Het feit dat mensen hun problemen toeschrijven aan een verstoring van hun geestelijke gezondheid heeft belangrijke consequenties voor hen zelf, voor het blijven voortbestaan van de sociale problematiek en voor de effectiviteit van de gezondheidszorg. Gaat de gezondheidszorg, mee in die toeschrijving dan worden levensproblemen tot gezondheidsproblemen gemaakt". Het schadelijk effect van een verschuiving is dat als levensproblemen niet worden opgelost ze het herstel van de gezondheid in de weg blijven staan. Omvorming van de probleemstelling moet dan ook vermeden zien te worden.

Dat is een van de doelen binnen de sociale psychiatrie: het terug vertalen van uitingsvormen naar de sociaal-emotionele en sociale problemen die ten grondslag liggen aan de klachten. cq uitingsvormen. Het is dus een kunst fout een diagnose te stellen op basis van gedrag en beleven zonder de oorzaken voor dat gedrag en beleven daarin mee te nemen. Zeker als men op grond van zo'n diagnose een behandeling wil instellen. Dit gebeurt nog al te vaak met een diagnose als Schizofrenie. Bovendien is het ook nog eens uiterst problematisch om een dergelijke diagnose terug te vertalen naar de sociaal emotionele en sociale problematiek Het construct schizofrenie wordt door de patiënt niet als uitingsvorm beleefd: de afzonderlijke klachten wel. Alleen op dit niveau kan men ze , samen met de patiënt, begrijpelijk proberen te maken vanuit de levensproblemen.

In de sociale psychiatrie heeft men lange tijd gedacht dat levensproblemen niet relevant waren voor het ontstaan van hallucinaties en wanen en de problematiek van toeschrijving niet gold voor deze verschijnselen. In de laatste decennia is uit onderzoek duidelijk geworden dat hallucinaties en wanen net zo goed reacties zijn op levensproblemen en ook hierbij een verschuiving van de toeschrijving kan optreden. Dit gebeurt vooral bij patiënten. Onderzoek heeft ons namelijk ook geleerd dat we onderscheid moeten maken tussen mensen die met wanen en hallucinaties ziek worden en mensen die deze ervaringen ook hebben, maar er niet ziek mee worden. Deze laatsten gaan anders om met hun ervaringen.

Steeds meer onderzoek heeft laten zien dat er sprake is van een continuüm (Hanssen 2004). Wanen en hallucinaties komen voor zowel bij ongeveer 4% van de normale bevolking als bij patiënten (Tien, 1991, Eaton, 1991, Bijl, 1998,). Onderzoek heeft laten zien dat er geen kwalitatief verschil is tussen mensen die ziek worden met deze belevingen en mensen die niet ziek worden. Het verschil is kwantitatief van aard, het gevolg van meer of minder invloed van de levensproblemen op het dagelijks functioneren. In Nederland heeft het Nemesis onderzoek (Bijl e.a.1998 en van Os 2001e.a.) aan dit inzicht wezenlijk bijgedragen. Dit onderzoek toont eens te meer aan dat er beduidend meer mensen in de algemene bevolking zijn, die hallucinaties en wanen ervaren, dan er patiënt mee worden

Als er geen kwalitatief verschil is, waar ligt het verschil dan? Het is opvallend dat mensen die niet ziek worden hun levensproblemen niet toe schrijven aan hun hallucinaties. Er vindt hier geen verschuiving plaats. Hierdoor ontstaat waarschijnlijk ook het verschil in hulpbehoefte. De niet-patiënten ervaren de hallucinatie als signaal van hun probleem. Ze vatten ze op als een teken daar iets aan te moeten doen. Als ze al hulp zoeken, richt hun vraag zich op het oplossen van hun levensproblemen. Die hulp wordt niet zozeer gezocht in de professionele hulpverlening, maar in het vlak van de persoonlijke ontwikkeling zoals bijvoorbeeld spiritualiteit.

Bij degene die ziek worden en hulp zoeken, vindt de verschuiving plaats. Zij ervaren de hallucinatie als hun levensprobleem, in de plaats van het oorspronkelijke probleem, dat hen machteloos maakt en waarvoor ze geen oplossing weten.

Het onderzoek van de laatste decennia heeft laten zien dat het bij hallucinaties en wanen belangrijk is naar de oorsprong te kijken. Wanneer en in welke situatie zijn ze begonnen. Hallucinaties en wanen hebben een boodschap, voor de gene die ze ervaart en vaak hebben ze aanvankelijk een beschermende functie. Ze zijn een reactie op problematische levenssituaties (onder anderen trauma's; 70% bij volwassenen en 85% bij kinderen). Daarom is het niet juist er zonder meer een medisch probleem van te maken (Romme & Escher 1989; 2000; Escher e.a. 2004).

Planmatige verandering zoals in hoofdstuk twee wordt beschreven is dus ook toepasbaar bij psychotische verschijnselen. Het doel van de nagestreefde verandering is daarbij echter wel van wezenlijk belang. Een voorbeeld. Bij een vervolgstudie bij kinderen, die stemmen hoorden, (Escher e.a.2004) werd het duidelijk dat in het verloop van de drie jaar dat de kinderen gevolgd werden de nagestreefde verandering veel uitmaakte. Een eenzijdige focus op het tot verdwijnen brengen van het stemmen horen met eventueel een verbod daar over te praten en het verder niet ingaan op het leren omgaan ermee noch het leren omgaan met emoties, bleek schadelijk voor de ontwikkeling van het kind. De meeste ouders waren zo verstandig bij een dergelijke benadering met succes elders hulp te zoeken.

Kinderen bleken het best geholpen met:

- * het accepteren van de ervaring,
- * ingaan op de ervaring en het kind er niet van vervreemden,
- * ondersteuning bij hinder die ervan werd ondervonden, bijv bij slaap verstoring,
- * hulp bij het leren omgaan met de stemmen en daarmee gepaard gaande emoties
- * het stimuleren van de gewone ontwikkeling van het kind

Het is een vraag of in de geestelijke gezondheid zorg ook bij volwassenen niet een overmatige aandacht aan het verschijnsel zelf wordt gegeven met middelen die een ontwikkeling eerder remmen dan bevorderen. Het leren omgaan met de ervaring en hulp gericht op herstel en ontwikkeling van het individu lijkt vruchtbaarder.

Ervaringsdeskundigen geven althans adviezen in die richting (Coleman, 2003; de Wever 2001; Smits 2004; Boevink 2002)

Het gegeven dat psychotische verschijnselen in de normale bevolking voorkomen, zonder dat er sprake is van ziekte, moet zijn weerslag vinden in de attitude van hulpverleners. Het vooroordeel dat de op zich zelf een ziekteverschijnsel zijn en daarom een reden voor hulpverlening, is onjuist. Ziekte en hulpbehoefte is afhankelijk van iets anders namelijk de manier waarop de persoon zich opstelt tegenover dergelijke ervaringen. Hulpbehoefte ontstaat als er sprake is van een grote mate van controle verlies in het dagelijks leven.

De uitbreiding van wetenschappelijke- en ervaringsdeskundigheidskennis van zogenoemde psychotische verschijnselen heeft de nodige consequenties. Zowel voor de attitude binnen de hulpverlening, het doel van de hulpverlening, als voor de organisatie van de zorg. Als er van uit wordt gegaan, dat psychotische verschijnselen een reactie zijn op sociale problemen, zullen deze ervaringen geaccepteerd en niet gemystificeerd moeten worden. Noch zal degene die ze ervaart, door een gespreksverbod geïsoleerd moeten raken. Zoals in hoofdstuk I wordt aangegeven, hebben sociale relaties een essentiële invloed op de omgang ermee. "Sociale relaties bieden immers de mogelijkheid van hechting, bieden vrijheid en veiligheid, bepalen de reactie van anderen, die al of niet tot geruststelling leidt. Zij vormen een mogelijkheid voor betrouwbare verbintenissen, voor wederzijdse steun en mogelijke begeleiding bij stress".

In de hulpverlening zowel als bij preventie zullen zoals in het hoofdstuk vier wordt beschreven, risico of toxische factoren en beschermende factoren een belangrijke rol spelen.

In hoofdstuk drie staat een terechte kritiek op van de maatschappij geïsoleerd werkende geestelijke gezondheid zorg: "in tegenstelling tot wat je bij de naam maatschappelijk steun systeem zou verwachten, wordt een dergelijk systeem over het algemeen geheel gevuld door de Geestelijke Gezondheid instellingen. Zij blijven zoeken naar het ene ultieme institutionele systeem, wat op alle vragen antwoord kan geven."

Het is niet verwonderlijk dat dit niet lukt. Integratie in de samenleving blijft een enorme handicap en dat is natuurlijk niet alleen afhankelijk van een geïsoleerd zorgsysteem. Wanneer, zoals bij hallucinaties en wanen het geval is, deze ervaringen in de maatschappij frequent voorkomen bij gezonden mensen, dan lijkt geestelijke gezondheid 's zorg niet de primaire behoefte maar de emancipatie van mensen met deze ervaringen. We hebben dit gezien bij de homoseksualiteit, dat tot 1970 nog als perversie te boek stond in diagnostische systemen. Hiervoor werden behandelingen ontwikkeld tot ver in de vijftiger jaren. Voor de verandering in de algemene houding zorgde de eigen groepering zoals georganiseerd in de eigen vereniging, het C.O.C., gesteund door mensen uit de geestelijke gezondheid zorg zoals Kees Trimbos. Uit dit voorbeeld kunnen wij lering trekken.

Sociale psychiatrie is niet alleen een bepaalde vorm van hulpverlening, maar vereist ook politieke oriëntatie en involvering van de beroepsgroep.

Fortuyn () geeft een negental aspecten aan, waarin wij in onze westerse samenleving, zoals hij dat noemt "onze moderniteit ontwikkeld hebben. Bekijken we de positie van de G.G.Z. cliënten tegen de achtergrond van deze ontwikkelingen, dan valt een duidelijke achterstand op. Ik zal enkele er voorbeelden van aangeven. Na het noemen van het aspect van de moderniteit ontwikkeling somt Fortuyn een aantal voorbeeld van de achterstand op:

1) *Volledige scheiding van Kerk en Staat.*

De consequentie hiervan is dat overtuigingen (politiek, maatschappelijk en godsdienstig) een zaak is van de private burger, waarin de staat en zijn apparaten zich in principe niet mengen. Gedrag en beleven van de cliënten is dus een zaak van henzelf en mag alleen beïnvloed worden als daaraan behoefte bestaat bij de cliënt, dan wel bij wet gestelde

grenzen worden overschreden. Professionele overtuigingen zijn daarbij irrelevant, tenzij als voorlichting.

2) *Vrijheid van meningsuiting wordt in onze democratie slechts beperkt, door uitdrukkelijk bij de wet gestelde grenzen.*

Het opvatten van hallucinaties en wanen als symptomen van ziekte en het stellen van grenzen van de vrijheid van uiting en beleven met hulp van medicamenten is in dit verband illegaal, tenzij op verzoek van de cliënt.

3) *Vrij Markt economie met bescherming van zwakkere partijen.*

Eind jaren zestig zijn er drie wetten aangenomen ten behoeve van deze bescherming. Het gaat om de Wet Arbeid Ongeschiktheid, (W.A.O.) de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (A.W.B.Z.) en de Wet Sociale Werkvoorziening (W.S.W.) De politiek doet steeds opnieuw pogingen om deze wetten af te breken en de vakbonden zijn hier fel tegen. Dit is begrijpelijk, want het gaat niet alleen om financieel economische problematiek, maar het is een directe bescherming van de emancipatie van de arbeiders en dat geldt ook voor de G.G.Z. cliënten. De hulpverleners zouden dus vaker gehoord moeten worden in het politiek debat.

4) *Er is een parlementaire democratie.*

Dit betekend, dat op alle bestuurlijke niveaus het in vrije verkiezingen tot stand gekomen bestuur het laatste woord heeft. Aangezien hulpverlening instellingen aanzienlijke invloed uitoefenen op het gedrag en beleven van cliënten, zou men zich de vraag kunnen stellen, waar de vrije verkiezingen van de bestuurders plaats vinden. Tot nu toe is er slechts sprake van een vertegenwoordiger van de cliënten in de raden van Toezicht.

5) *Er is een scheiding tussen uitvoerende, wetgevende en controlerende macht*

Als de hulpverlening de uitvoerende macht is zou dan de controlerende macht niet in handen moeten liggen van de cliënten of hun organisaties?

6) *Mannen en vrouwen zijn gelijkwaardig.*

Een dergelijk ontwikkeling roept de vraag op, hoe staat het met de gelijkwaardigheid van de cliënten in de G.G.Z. In dit verband is het opvallend dat, (ex)gebruikers van de GGZ. regelmatig publiceren over zaken als respect, zelfbeschikking en vraagsturing. Dit zijn belangrijke elementen bij de ontwikkeling van gelijkwaardigheid.

Deze voorbeelden van achterstand in de emancipatie van de GGZ cliëntèle staan open voor een discussie die binnen de GGZ, zeker nog niet is afgerond

Voor de nabije toekomst zijn er echter wel enkel belangrijke processen ingang gezet, waarmee de emancipatie van de G.G.Z. cliënten bevordert wordt. Zo werd een begin gemaakt met evaluatie van de zorg door de cliënten. Hiervoor ontwikkelde het Trimbos Instituut de Cliënt thermometer. Een tweede voorbeeld is de ontwikkeling van het patiënt gebonden budget, waarmee patiënten zelf de gewenste hulpverlening kunnen inkopen. Dit vraagt dan zoals van Hoorn () aangeeft om: koopkracht door echt geld; keuze uit vergelijkbare diensten en producten van verschillende aanbieders; inzicht in de kwaliteit van het geboden (echte informatie) en inzicht in eigen behoeftes en ambities (echte vraagverheldering). Een derde voorbeeld is de ontwikkeling, waarbij cliënten betrokken worden in het onderwijs aan hulpverleners en het betrekken van cliënten in het hele proces van wetenschappelijk onderzoek van vraagstelling tot implementatie, een ontwikkeling waaraan het Instituut voor Gebruikers Participatie (IPGB) in Amsterdam vooral heeft bijgedragen. Hieraan nemen meerdere hogescholen met verpleegkunde opleidingen deel. Deze ontwikkeling zal ook moeten leiden tot een groter beïnvloeding van de inhoud van de hulpverlening. Door "de kenniskolom van professionelen in evenwicht te brengen met ervaringskennis"(van Hoorn). Daarvoor kunnen bijvoorbeeld op meerder gebieden van de Geestelijke gezondheid expert groepen gevormd worden. Groepen met ervaring met een bepaalde uitingsvorm van verstoorde geestelijke gezondheid , Dit kan zijn een bordeline stoornis.(IPGB Amsterdam), eetstoornis (SiezoZutphen), stemmenhoorders, die daar hinder van ondervonden (stichting Weerklank).

Andere activiteiten die meer aandacht verdienen in de nabij toekomst zijn Het ontwikkelen van "Selfassessment methodieken. Deze activiteiten zijn gericht op het

uitdiepen van de eigen ervaringen zoals de dissociatieve ervaringen schaal van Bernstein en Putman () en het Maastricht stemmen horen interview (Romme en Escher (1996) , maar Selfassessment is ook bedoeld om meer aan te sluiten bij "Wat past het beste bij mijn leven" (van Hoorn (). Een gebied waarop de sociaal verpleegkundige zich kunnen richten is ook het stimuleren van "vraagsturing door cliënten" Deze stimulering richt zich op informatie aan cliënten over de in de instelling geboden hulp (folders), op bijsluiters bij de afzonderlijke hulp programma's, op informatie over patienten verenigingen, zelfhulp mogelijkheden en user run projecten. Hiertoe behoort ook een uitleg over de opbouw van het behandelplan met momenten waarop de cliënt invloed kan uitoefenen zoals bij de intake , bij de opstelling van het eerste plan en bij de evaluaties na afgesproken periodes. Hier valt ook onder het organiseren van cursussen aan hulpverleners over vraagsturing, het opbouwen van relaties tussen zelfhulp en professionele hulp, het uitbreiden van zelfhulp en uitbreiding van user run projecten. Al met al een grote hoeveelheid ontwikkelingen waarmee de sociaal verpleegkundige in belangrijke mate kan bijdragen aan de emancipatie van de G.G.Z. cliëntèle. Belangrijke ontwikkelingen, die ook reden kunnen zijn te komen tot een sociaalverpleegkundige professie die als zelfstandig gevestigde beroepsbeoefenaren maatschappelijk relevante en effectieve sociaal psychiatrische hulp verlenen.