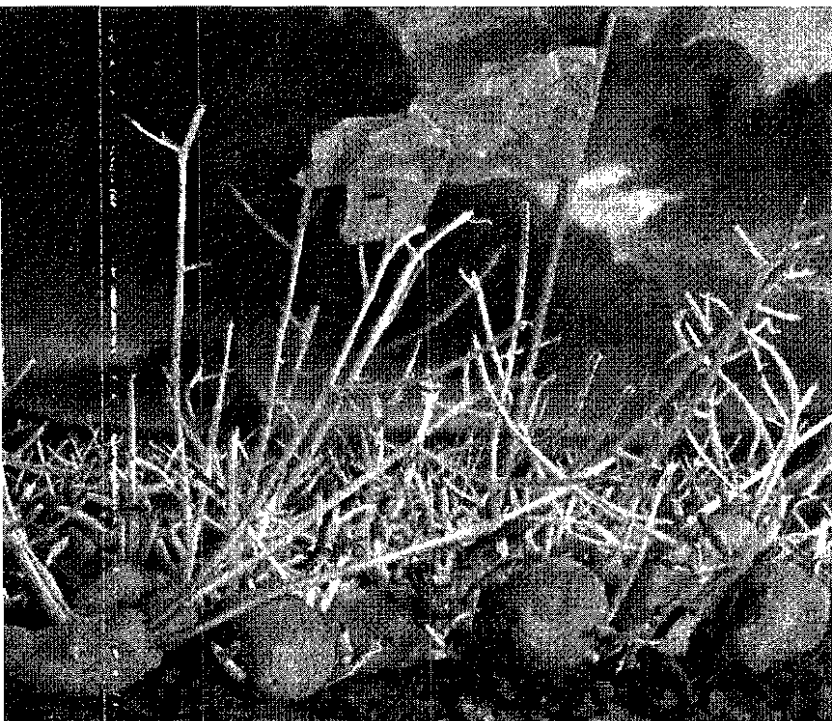


bert de turck

politiserende aulpverlening

een oriëntering



LINK/Nijmegen

----- Text continues after this page -----

This publication is made available in the context of the history of social work project.

See www.historyofsocialwork.org

It is our aim to respect authors' and publishers' copyright. Should you feel we violated those, please do get in touch with us.



Deze publicatie wordt beschikbaar gesteld in het kader van de canon sociaal werk.

Zie www.canonsociaalwerk.eu

Het is onze wens de rechten van auteurs en uitgevers te respecten. Mocht je denken dat we daarin iets fout doen, gelieve ons dan te contacteren.

----- Tekst gaat verder na deze pagina -----

Politiserende hulpverlening

EE.
vmt 179

LINK-Paperback 14

Bert de Turck

Politiserende hulpverlening

een oriëntering

LINK/Nijmegen

BERT DE TURCK studeerde sociale pedagogiek en andragogiek aan de Katholieke Universiteit te Nijmegen. Begeleidt sinds 1976 de projectgroep 'Politiserende hulpverlening' aan het Instituut voor Sociale Pedagogiek en Andragogiek (ISPA). Is thans werkzaam als wetenschappelijk medewerker bij het ISPA en bij de Vakgroep Sociale Psychologie aan de K.U. Publiceerde eerder 'In gesprek met Dieter Duhm. Een bijdrage aan de discussie over persoonlijke emancipatie en politieke strijd' (Nijmegen, 1974).

ISBN 90 6285 014 6

Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotocopie, microfilm of op welke andere wijze ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever. *No part of this book may be reproduced in any form by print, photoprint, microfilm or any other means without written permission from the publisher.*

© 1978, Bert de Turck, Nijmegen.

Omslagillustratie: Raoul Michau, 'De veldslag der aardappels'.

Droits de reproduction réservés.

Uitgeverij LINK, Postbus 1144, Nijmegen. Tel.: (080) 23 47 42

INHOUD

Deel I

Maatschappelijke achtergronden van individuele problemen

1. Psychische Verelendung 15
2. Bemiddelende factoren 35

Deel II

Plaatsbepaling en identiteit van de politiserende hulpverlening

3. Kritiek op andere benaderingen 79
4. Plaatsbepaling van de politiserende hulpverlening 85
5. De identiteit van de politiserende hulpverlening 106

Deel III

Taken en werkwijzen van de politiserende hulpverlening

6. Politiserende hulpverlening en wetenschap 121
7. Preventieve taken 126
8. Het werken met groepen 156
9. De individuele hulpverlening 180

<i>Nawoord</i>	183
<i>Bijlage</i>	188
<i>Noten</i>	190
<i>Literatuur</i>	199

VOORWOORD

IN het welzijnswerk en meer in het bijzonder in de geestelijke gezondheidszorg heeft de laatste jaren de idee steeds steviger postgevat, dat veel problemen van cliënten veroorzaakt worden door of onlosmakelijk samenhangen met de maatschappelijke en situationele omstandigheden waarin de cliënten leven. Dit boek gaat over de manier waarop geprobeerd kan worden dit verband in de hulpverlening te betrekken.

De sociale psychiatrie heeft veel onderzoeksgegevens geproduceerd waaruit blijkt dat er sprake is van een duidelijke samenhang tussen enerzijds het optreden van immateriële problemen en anderzijds maatschappelijke achtergronden en situationele omstandigheden (leef-, woon- en werkomstandigheden). In de praktijk worden hulpverleners dagelijks geconfronteerd met de sterke samenhang tussen de problemen van iemand en zijn sociaal-economische positie: dit geldt zowel met betrekking tot de oorzaken van problemen als ten aanzien van de mogelijke oplossingen daarvoor. Er is echter een gebrek aan methoden om deze samenhang in het hulpverleningsproces te betrekken. Het gevolg daarvan is, dat de cliënt meestal het begin, middelpunt en einde van de hulpverlening blijft.

De laatste jaren hebben steeds meer hulpverleners een kritische houding aangenomen tegenover de traditionele manier van hulpverlening. Zij delen de opvatting dat de hulpverlening niet voorbij mag gaan aan de maatschappelijke en situationele achtergronden van de cliënt en diens problemen. Op veel plaatsen ondernemen psychiaters, psychologen, therapeuten en andere hulpverleners pogingen om tot een manier van hulpverlening te komen, waarin deze achtergronden wel in de hulpverlening worden betrokken. Deze pogingen uiteten zich in politieke conflicten, in kritische

geschreven, in de oprichting van kritische organisaties en in discussies en conflicten op sociale academies, universiteiten en andere opleidingen voor hulpverleners. Met recht kan men hier spreken van een kritische beweging.

De kritiek op de huidige hulpverlening richt zich voor een groot gedeelte op haar werkwijze, waarin de oorzaken van problemen te veel worden gezocht in de cliënt zelf en de behandeling te veel neer komt op het werken met intra- en interpersoonlijke variabelen. Hierdoor wordt de problematiek van cliënten geïndividualiseerd. Voorts wordt gekritiseerd dat de bestaande hulpverlening te aanpassend werkt ten aanzien van de heersende maatschappelijke en sociale verhoudingen. De kritische hulpverleners komen hiertegen op vele manieren in verzet.

In dit boek zal ik geen overzicht geven van de verschillende richtingen en opvattingen binnen de kritische stroming. Het gaat mij allereerst om het signaleren van dit verschijnsel, dat op het eind van de zestiger jaren de kop opstak en onder meer terug te vinden is in het ontstaan van de alternatieve hulpverlening (oa. JAC, Release, Sosjale Joenit). In de psychiatrie kreeg deze kritische stroming al eerder gestalte in de opkomst van de antipsychiatrie. In dit boek gaat het niet over deze kritische beweging in brede zin, maar over dat deel ervan, dat geschaard kan worden onder de verzamelnaam politiserende hulpverlening.

Het begrip politiserende hulpverlening wordt momenteel steeds vaker gebruikt. Globaal kunnen in deze stroming die hulpverleners ingedeeld worden, die zowel in de diagnose als in de behandeling van de problematiek een direct verband leggen tussen de problemen van cliënten en de maatschappelijke en situationele achtergronden ervan. Tekorten in het welzijn van mensen worden in de eerste plaats geduid als maatschappelijke tekorten en de hulpverleners helpen de cliënten hun individuele klachten te vertalen in maatschappelijke klachten. In het hulpverleningsproces worden de cliënten gestimuleerd om hun individuele problemen te beleven in samenhang met hun objectieve situatie en om zich te verzetten tegen levensomstandigheden die hun welzijn remmen of bedreigen.

Het is vooral deze stroming in de hulpverlening waarover dit boek meer duidelijkheid wil geven. In het eerste deel van dit boek zal ik de vooronderstellingen onderzoeken waarop de politiserende hulpverlening zich baseert en waarmee ze haar bestaan rechtvaardigt. Dit deel gaat in op de vraag hoe maatschappelijke omstan-

digheden samenhangen met individuele problemen; daarbij zal ik vooral gebruik maken van de resultaten van sociologische en sociaal-epidemiologisch onderzoek. Tevens zal ik enige theorieën belichten die deze samenhang op verschillende manieren interpreteren. In het tweede deel ga ik na in welke opzichten de politiserende hulpverlening zich onderscheidt van andere vormen van hulpverlening en wat nu precies haar eigen identiteit is. In deel drie tenslotte zal ik ingaan op de manier waarop binnen de politiserende hulpverlening wordt gewerkt en op haar verschillende werkerterreinen, zoals de preventie, de groeps- en individuele hulpverlening.

Nog een opmerking over de noten. In veel noten worden bronnen vermeld of wordt verwezen naar meer literatuur die over het betreffende onderwerp handelt (een soort 'geïntegreerde' bibliografie). Omdat het alleen voor geïnteresseerden van belang is om deze noten op te zoeken in de lijst, zou het voor de andere lezers maar lastig zijn om voortdurend 'vergeefs' naar achter in het boek te moeten bladeren. Daarom heb ik noten die een verduidelijking geven van in de tekst gebruikte begrippen en noten van commentariërende aard voorzien van een asterisk (*).

Een boek is nooit af. Dat geldt in het bijzonder voor een boek als dit, dat handelt over ontwikkelingen in de hulpverlening die nog lang niet uitgekristalliseerd zijn. De tekortkomingen en punten waarop verdere reflectie en nieuwe praktijkervaringen meer duidelijkheid zouden kunnen bieden, zullen gemakkelijk aanwijsbaar zijn, maar een boek moet nu eenmaal een keer afgerond worden. De discussie gaat echter voort. Een gedachtenwisseling over de inhoud van dit boek met geïnteresseerde lezers stel ik op prijs; wie wil schrijven, kan dat doen aan het adres van de uitgever, postbus 1144 in Nijmegen, ter attentie van Bert de Turck.

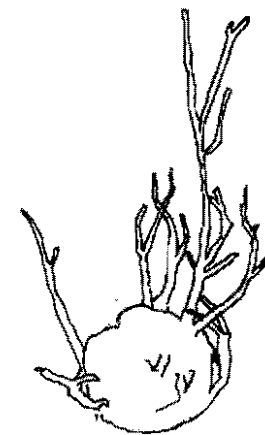
Met dank tenslotte aan allen die mij, op heel uiteenlopende manieren, hielpen bij het schrijven van dit boek.

Nijmegen, maart 1978

Bert de Turck

I

DEEL I MAATSCHAPPELIJKE ACHTERGRONDEN VAN INDIVIDUELE PROBLEMEN



HET eerste deel van dit boek beoogt een theoretische fundering van de politiserende hulpverlening te geven. Daartoe zal allereerst worden ingegaan op de meest fundamentele vooronderstelling van de politiserende hulpverlening, namelijk dat er een verband bestaat tussen individuele problemen en maatschappelijke achtergronden. Vervolgens zal worden geprobeerd aan te geven hoe dit verband er uit ziet.

Dit is niet de enig denkbare weg om de politiserende hulpverlening te funderen. Men kan dat ook doen vanuit een kritiek op andere vormen van hulpverlening en men kan haar ook baseren op succesvol gebleken praktijkexperimenten. De kritiek op andere hulpverleningsmethoden kan echter slechts schijnbaar dienen als basis voor het opbouwen van de politiserende hulpverlening. Kritiek op andere vormen van hulpverlening bestaat immers in hoofdzaak uit geconstateerde tekortkomingen en misvattingen, welke men vaststelt vanuit de optiek van de eigen vooronderstellingen, dwz. op grond van de globale ideeën die men heeft over hoe hulpverlening zou moeten functioneren. Men fundeert dus in wezen een nieuwe vorm van hulpverlening op de eigen vooronderstellingen; de kritiek op andere werkvormen vloeit daar slechts uit voort. Voor de andere manier geldt hetzelfde. Ook daar worden praktijkexperimenten opgezet vanuit intuïtieve ideeën over hoe de hulpverlening zou moeten geschieden. Pas in tweede instantie worden dan verschillen geconstateerd met andere hulpverleningsmethoden en eerst dan volgt een diepere doordinking van de vooronderstellingen. Overigens is dit een relatieve zaak: de succesvolle experimenten funderen weliswaar de levensvatbaarheid van

de nieuwe benadering van hulpverlening, maar niet die nieuwe benadering zelf; deze vloeit in laatste instantie voort uit de vooronderstellingen.

Welnu, omdat uiteindelijk de vooronderstellingen de basis vormen waarop de politiserende hulpverlening berust, begin ik dit boek met een explicitering van die vooronderstellingen. Uiteraard is dat voor een wetenschappelijke legitimering van de politiserende hulpverlening niet voldoende; deze vergt dat de juistheid van de vooronderstellingen wordt gestaafd met behulp van onderzoeksresultaten. Dit is wat in het eerste deel zal worden ondernomen. Bij het uitwerken van de probleemstelling — de vraag naar het verband tussen individuele problemen en maatschappelijke achtergronden — wordt ruimschoots gebruik gemaakt van bestaande onderzoeken op dit gebied; dit deel bestaat dan ook grotendeels uit een inventarisatie van relevante onderzoeksgegevens, terwijl het tevens een overzicht geeft van een aantal uiteenlopende manieren waarop men het empirisch materiaal kan interpreteren.

Het verschil met andere methoden van werken in de hulpverlening en de kritiek daarop komen in deel II aan de orde, terwijl in deel III een verkenning volgt van hoe de politiserende hulpverlening in de praktijk werkt.

Bestaat er een verband tussen individuele problemen en maatschappelijke achtergronden? Dat is de vraag welke in de eerste paragraaf van hoofdstuk 1 (1.1.) wordt gesteld. Op grond van empirisch materiaal kan weliswaar worden vastgesteld dat er een dergelijk verband bestaat, maar die vaststelling op zich biedt te weinig houvast om er wat mee te kunnen doen. In de daarop volgende paragraaf (1.2.) wordt daarom ingegaan op de aard van de samenhang. Er zijn de laatste tientallen jaren veel onderzoeken verricht waaruit bleek dat er een verband bestaat tussen enerzijds de sociale laag waartoe mensen behoren en anderzijds de psychische, psycho-sociale en materiële problemen van die mensen. Deze gegevens resulteerden voor het merendeel uit sociologische en sociaal-epidemiologische onderzoeken. Men vond dat de frequentie waarmee psychische stoornissen voorkomen, verschilt naar gelang leeftijd, ras, geslacht, sociale klasse, woonplaats, etc.

Dergelijke bevindingen hebben soms geleid tot andere therapeutische benaderingen van patiënten; vooral ook hebben ze belang-

rijk materiaal verschaft aan welzijnswerkers in de preventieve sector. Maar veel vaker hebben deze bevindingen *niet* geleid tot een andere behandeling van cliënten; de empirische kennis over de samenhang tussen psychische stoornissen en maatschappelijke achtergronden staat nog ver af van de spreekkamer van de psychiater en van de werkers in de psychiatrische inrichting. Er is nog nauwelijks resultaat geboekt met pogingen om deze inzichten methodisch bruikbaar te maken. De antipsychiatrie heeft enkele alternatieven ontwikkeld, maar deze zijn in hun uitwerking niet gericht op de ambulante geestelijke gezondheidszorg. De bevindingen zijn hiervoor blijkbaar op dit niveau nog te abstract.

Dit laatste brengt ons er toe om in het tweede hoofdstuk te onderzoeken *hoe* nu precies het verband tussen individuele problemen en maatschappelijke achtergronden er uit ziet. De beantwoording van deze vraag leidt ons naar de bestudering van een aantal bemiddelende factoren. Dit zijn variabelen van psychologische, sociaal-psychologische en materiële aard, die als intermediair fungeren tussen enerzijds maatschappelijke en situationele factoren en anderzijds individuele problemen. Met behulp van een dieper inzicht in de aard van het door ons onderzochte verband proberen we dan later onze probleemstelling methodisch bruikbaar te maken voor het hulpverleningsproces (deel III).

PSYCHISCHE VERELENUNG

ALS we naar relevante gegevens zoeken ten aanzien van de samenhang tussen individuele problematiek en maatschappelijke achtergronden, dan hebben we op de eerste plaats te maken met empirische gegevens. Meer inhoudelijke analyses en verklarende interpretaties van cijfers zullen we in dit onderdeel nauwelijks behandelen.

In de literatuur kunnen we een onderscheid ontdekken tussen twee benaderingen, van waaruit onderzoek wordt verricht. We komen auteurs tegen die de absolute (totaal-maatschappelijke) frequenties bestuderen en daaruit een toename van het aantal psychische stoornissen afleiden. Deze benadering spreekt van de *absolute psychische Verelendung*.^{1*} Andere auteurs onderzoeken de relatieve spreiding van de psychische stoornissen over de verschillende sociale lagen. Zij onderzoeken de relatieve (naar klassen gespecificeerde) frequenties van psychische stoornissen. Deze auteurs spreken vaak van de *relatieve psychische Verelendung*. Beide benaderingen zullen hieronder worden besproken.

1.1. De absolute psychische Verelendung; de historisch-maatschappelijke benadering

Vaak kunnen we in de cijfers die door historisch vergelijkend onderzoek worden geproduceerd een stijging ontdekken van het aantal psychiatrische patiënten, alcoholisten, drugverlaafden etc. In de literatuur komen we nogal eens schrijvers tegen (Hofmann, 1972; Schneider, 1973; Moser, 1974; Roth, 1975) die op basis van deze stijgende cijfers de theorie verkondigen van de absolute psychische Verelendung. Globaal weergegeven is de basisstelling

van deze theorie, dat met de verdere ontwikkeling van de kapitalistische maatschappij het aantal psychische problemen dusdanig zal toenemen, dat gesproken kan worden van een psychische Verelendung van de bevolking, waarbij deze Verelendung in laatste instantie uitdrukking is van de tegenstellingen binnen de kapitalistische maatschappij. Omdat de toename van de problemen in absolute, dus kwantitatieve zin wordt opgevat spreken we van de theorie van de absolute psychische Verelendung.

De aanhangers van deze theorie vergelijken bijvoorbeeld het aantal psychiatrische patiënten in 1900 met het aantal psychiatrische patiënten op dit moment. Ligt het laatste cijfer hoger dan het eerste, dan wordt — vaak lichtvaardig — geconcludeerd dat 'onze maatschappij steeds zieker wordt'. Door hun cijfermateriaal op deze manier te interpreteren proberen zij de theorie van de absolute psychische Verelendung te bewijzen. Hieronder volgen een paar voorbeelden van onderzoeken die volgens dit principe uitgevoerd zijn.

In een overzichtsartikel over psychische Verelendung schrijven Wolff en Hartung (1972), dat er in West-Duitsland 600.000 schizofrene psychotici, één miljoen alcoholisten en zeven miljoen neurotici zijn.^{2*} Op basis van deze cijfers en van inhoudelijke analyses van de psychiatrische hulp in West-Duitsland komen ze tot de nogal sterke conclusie, dat de strijd tegen een maatschappij, die massaal psychische ellende voortbrengt, moet worden opgenomen (p. 85). Bij deze aantallen komen volgens Schneider (1973) nog een kwart miljoen drugverslaafden.^{3*} Hij spreekt van 'de tegenstelling tussen groeiende materiële welvaart en rijkdom (...) en toenemende psychische Verelendung en ziekte' (p. 10) en concludeert dat er zich 'een verschuiving van de (absolute) economische Verelendung naar de psychische Verelendung' (p. 320) aftekent.

Ook Hollstein laat zich in deze zin uit. Hij memoreert tevens het feit dat de materiële armoede nog lang niet verdwenen is en dat het wat dat betreft in West-Duitsland beslist niet beter is dan in de Verenigde Staten, waar volgens een officiële regeringsverklaring van president Johnson uit 1964 nog twintig procent van de bevolking in armoede leefde. Hollstein citeert uit een onderzoek van Kolko⁴. 'De armen blijven, en hun aantal zal in de naaste toekomst waarschijnlijk nog toenemen. De overwegend welvarende 'middle-class' maatschappij bestaat slechts als een ideaal van geïsoleerde academici (...). De realiteit ziet er anders uit. Bijna de

heeft van de bevolking in dit land bevindt zich in een positie waarin men financieel nog juist in zijn directe fysieke behoeften kan voorzien en waarin men aan de rand van het bestaansminimum leeft; een derde van het volk ontbrekt het zelfs aan primaire levensbehoeften.' (p. 23). Hollstein vergelijkt deze Amerikaanse cijfers met gegevens uit Westduitse onderzoeken en noemt met name Graser⁵, die tot de conclusie komt, dat vijftien procent van de inwoners van de Bondsrepubliek als arm moet worden beschouwd.

De schrijver Roth (1975) betoogt op basis van cijfers uit officiële statistieken, dat in totaal vijftientwintig procent van de Westduitse bevolking beneden het bestaansminimum leeft (p. 11 en 77). In een eerdere publikatie (uit 1971) schreef Roth nog dat dit zou gelden voor twintig procent van de bevolking.⁶ Volgens hem is er een duidelijk verband tussen deze armoede en het optreden van psychische problemen en stoornissen: 'het psychisch ziek worden is daarmee een waarheidsgetrouwe weerspiegeling van maatschappelijke onderdrukking en onmenselijke levensvoorwaarden: — minstens dertig tot veertig procent van alle patiënten, die een artspraktijk bezoeken, lijdt aan psychosomatische ziekten; — minstens tien tot vijftien procent van de bevolking heeft psychotherapeutische hulp nodig; (...) — twee tot vier procent van de bevolking lijdt aan een psychotische reactie; dat zijn in de BRD 1,2 tot 1,8 miljoen mensen; — één procent van de bevolking lijdt aan schizofrenie; — (...) dertig tot veertig procent van de jongeren uit de leeftijdsgroep van 15 tot 25 jaar komt in aanraking met drugs; — 250.000 jongeren gebruiken regelmatig drugs, 120.000 zijn verslaafd' (Roth, 1975, p. 61). Voorts zijn er volgens Roth in de Bondsrepubliek 120.000 verslaafde alcoholisten en 600.000 mensen die afhankelijk zijn van alcohol. Per jaar vinden er 15.000 zelfmoorden plaats en 130.000 zelfmoordpogingen. Bij de jeugd is zelfmoord de tweede doodsoorzaak (Roth, 1975, p. 65).

Voorlopig volstaan we met deze gegevens. We hebben nu een globale indruk gekregen van de argumenten die Wolff en Hartung, Schneider, Hollstein en Roth aanvoeren om hun theorie van de absolute psychische Verelendung kracht bij te zetten.

Bovenstaande cijfers worden door de geciteerde auteurs nogal ongenuanceerd geïnterpreteerd. Uit deze absolute frequenties leiden

zij, meestal zonder enige historische vergelijking, af dat er onder de mensen steeds meer psychische problemen en stoornissen voorkomen. Zij schrijven deze toename toe aan de kapitalistisch georganiseerde samenleving zonder hiervoor een verdere bewijsvoering te geven of de oorzaken nader te expliciteren. Dat deze interpretatie van absolute cijfers gecompliceerd is en dat daarbij voorzichtigheid geboden is, is al eerder gesignaleerd door Drop (1972) en door de Groot⁷. We geven hier een opsomming van factoren die deze twee auteurs vermelden, wanneer zij proberen duidelijk te maken waarom een kwalitatieve evaluatie van kwantitatieve gegevens moeilijk is. Deze factoren zijn de volgende:

- a. Het onderscheid tussen gezond en ziek gedrag is norm-afhankelijk en daarom arbitrair. De kwalificaties gezond en ziek zijn niet zozeer afhankelijk van het feitelijke gedrag van mensen als wel van de betekenis die hieraan wordt gehecht door sociale omgeving en hulpverlenende instanties.^{8*} Bovendien treden er voortdurend verschuivingen op in de maatschappelijke en medische normen met betrekking tot ziekte en gezondheid.
- b. Het ontbreekt aan algemeen geaccepteerde, objectieve en harde criteria ter onderscheiding van wat in concreto als ziek en wat als gezond moet worden beschouwd.
- c. De opnamecijfers van algemene en psychiatrische ziekenhuizen vertonen alleen het topje van de ijsberg en zijn niet representatief voor het werkelijk aantal zieken en gezonden.⁹
- d. De nabijheid van psychiatrische inrichtingen en andere hulpverlenende instanties beïnvloedt sterk de aanmelding van cliënten: hoe dichterbij een psychiatrische inrichting is, des te meer aanmelding van cliënten is er in het betreffende gebied.^{10*}
- e. Ook de zelfselectie van de cliënt speelt een belangrijke rol in de aanmelding en dus registratie van psychische storingen.^{11*}
- f. Er zijn verschillen in onderzoeksmethoden: men meet met verschillende normen en op verschillende manieren.
- g. De registratie door de cijfer-producerende instanties (bijvoorbeeld psychiatrische inrichtingen) wordt niet overal even zorgvuldig gedaan; bovendien werkt men ook hier met verschillende normen.

Deze factoren maken duidelijk waarom het moeilijk is om absolute cijfers te interpreteren. Nog een andere factor maakt vooral historische vergelijking van cijfers nagenoeg onmogelijk. De uitbreiding en verbetering van de geestelijke gezondheidszorg leidt tot

een vergroting van het cliëntenbestand, omdat de behoefte aan (professionele) hulpverlening gemakkelijker bevredigd kan worden. Voeg hierbij het reeds geconstateerde feit, dat de maatschappelijke en medische normen van ziek en gezond, van deviant en niet deviant en van normaal en niet normaal gedrag voortdurend verschuiven (factor a) en de consequenties voor het vergelijken van cijfers worden duidelijk. In concreto betekent dit immers dat een bepaalde cliënt die momenteel in een psychiatrische inrichting is opgenomen, twintig jaar geleden misschien helemaal niet als cliënt zou zijn geregistreerd, omdat zijn gedrag niet als ziek zou zijn bestempeld. Dit omdat hij eerder werd geaccepteerd als anders functionerend of omdat de psychiatrische hulpverlening ontoereikend zou zijn geweest, waardoor hij niet opgenomen en vervolgens geregistreerd had kunnen worden. Deze twee factoren maken historisch vergelijkend en cross-cultureel onderzoek heel moeilijk. Maatschappelijke normen kan men niet in absolute scores omrekenen, hoogstens wanneer er met duidelijke kwantitatieve criteria wordt geoordeeld, zoals bij alcoholisme.

Het bovenstaande zou ons er toe kunnen verleiden de theorie van de absolute psychische Verelendung als ontzenuwd te beschouwen. Het bewijs voor deze conclusie is evenwel niet geleverd. We kunnen slechts stellen dat de theorie, voorzover die gebaseerd is op de gegeven cijfers een hypothetisch karakter heeft en berust op speculatie. Daarnaast zijn er meerdere cijfers die het vermoeden versterken dat de theorie van de absolute psychische Verelendung op feiten berust en reëel is. We zullen hier enige onderzoeken bekijken, die deze theorie ondersteunen.

Hollstein (1973) vermeldt een onderzoek¹² dat werd gehouden onder 50.000 sociaal verzekerde arbeiders en ambtenaren in Baden-Württemberg, die niet als ziek stonden vermeld. Daarin werd vastgesteld dat 79,9 procent van de mannen en 84,7 procent van de vrouwen pathologische afwijkingen hadden in klinische zin; gelijklopende cijfers golden voor klachten van somatische aard.^{13*} Schneider (1973, p. 217) citeert uit een Amerikaans rapport van het comité voor geestelijke gezondheid in de industrie: 'Eén van de vier arbeiders (...) heeft psychische problemen die zich uiten in het falen bij het werk, in ongevallen, in alcoholisme, ziekte, onte-

vredenheid met de baan en irritaties onderling en tegenover chefs. Volgens dit rapport is psychische ziekte na de verkoudheid de meest voorkomende reden tot verzuim (tachtig tot negentig procent van de ontslagen zou op deze grond gebeuren). Roth trekt veel officiële cijfers in twijfel. Hij schat dat vijftig procent van de mensen met psychische ziektebeelden niet behandeld wordt (Roth, 1975, p. 62).

Ook voor de Nederlandse situatie zijn cijfers bekend. Zo kunnen we lezen dat 'het aantal ziekmeldingen in Nederland sinds 1955 (gemiddeld per persoon) met veertig procent toegenomen is bij werkende vrouwen zelfs met zestig procent. De ziekteduur is de laatste vijftien jaar gemiddeld twintig procent langer geworden (...). In heel Nederland is het percentage mensen dat voor het 65ste levensjaar definitief is uitgeschakeld of uitgerangeerd, gestegen van 31 procent in 1967 tot 40 procent in 1972.'¹⁴ De Aktiegroep Medicijnen Nijmegen (1973, p. 217) rekent met de officiële statistieken in de hand uit dat de gemiddelde verzuimduren per verzekerde is toegenomen van 16,8 dagen in 1959 tot 22,8 dagen in 1968. In een ander rapport staat te lezen: 'Terwijl in de vijftiger jaren het ziekteverzuim rond de vier procent lag, is dit bij het begin van de zeventiger jaren gestegen tot acht procent (...). Het aantal nieuwe WAO-gevallen, gehele of gedeeltelijke invaliditeit, lag in 1968 op 40.000 tegen in 1970 50.000. Het aantal mensen dat aanspraak kan maken op een WAO-uitkering nam in de periode van 1966 tot en met 1970 met 10,5 procent per jaar toe. In 1971 met tien procent en in 1972 volgens voorlopige schattingen met acht procent (...). Het aantal PTT-ers dat gezond met arbeidspensioen ging, daalde van 35 procent in 1967 tot 22 procent in 1969.'¹⁵

Ook met de interpretatie van deze cijfers moeten we voorzichtig zijn. In de eerste plaats omdat betere sociale voorzieningen en tijden van economische hoogconjunctuur meer mogelijkheden bieden om vervroegd met pensioen te gaan of een WAO-uitkering te ontvangen. In de tweede plaats is het in tijden van werkloosheid moeilijker om zich vaak ziek te melden dan in tijden van krapte op de arbeidsmarkt. Bovendien is ziekteverzuim vaak een individueel protest van de werknemer tegen een onbevredigende arbeidssituatie (vergelijk Rademakers, 1974; Snels, 1975). Daarom kunnen we misschien beter onze aandacht vestigen op cijfers die niet uitsluitend betrekking hebben op de werkende bevolking, maar op

cijfers die een beeld geven van de spreiding van psychische ziektebeelden over de gehele bevolking.

Uit een onderzoek van Giel¹⁶ bleek, dat van de bevolking van een Nederlands dorp vijf procent zeker psychisch gestoord was en acht procent waarschijnlijk. Een psychiatrische behandeling werd voor deze dertien procent wenselijk geacht (Nijhof, 1972). Roth komt voor de Westduitse situatie tot een gelijklopende schatting van tien tot vijftien procent. Officieel geregistreerde cijfers uit de Verenigde Staten uit 1959 laten zien dat bijna tien procent van de bevolking lijdt aan geestelijke en affectieve stoornissen (Basaglia et al., 1975, p. 73).

Vaak komen deze mensen in het geheel niet toe aan adequate hulp. Nijhof (1972) noemt als oorzaken onder andere de neiging van cliënten om hun psychische problemen in somatische zin te vertalen en met onduidelijke klachten naar de huisarts te stappen. Voorts de drempelvrees ten aanzien van psychiatrische hulp en het zwart-wit denken in termen van ziek en gezond. Duidelijk is, dat dergelijke psychische problemen dan ook niet als zodanig worden geregistreerd in epidemiologische onderzoeken. Daarom wordt sociaal epidemiologisch onderzoek tegenwoordig ook op andere wijze uitgevoerd, namelijk door een steekproef te nemen uit de bevolking en daarin het percentage 'psychisch disfunctionerende' personen op te sporen. Volgens Nijhoff (1972, p. 121) leverde zo'n onderzoek in New York het ook in Nederland bekende cijfer van 23 procent gestoorde op, dit wil zeggen dat dit percentage van de bevolking wat betreft de ernst van zijn problemen gelijk is op de doorsnee-patiënt in de psychiatrische spreekkamer. Dit cijfer lijkt ons overdreven.

Alles wel beschouwd blijken absolute frequenties weinig harde feiten op te leveren. Veel hangt af van de interpretatie van die cijfers. In het bovenstaande hebben we gezien dat sommige auteurs onzorgvuldige conclusies trekken uit empirische gegevens. Vervolgens hebben we ook het standpunt proberen te relativiseren van sceptici die menen, dat er geen sprake is van absolute psychische Verelendung.

In mijn beschouwing zal ik geen gebruik maken van de theorie van de absolute psychische Verelendung. En dit om de volgende

reden: historische vergelijkingen zijn niet verantwoord te maken. Daarvoor ontbreken de objectieve en harde eenduidig interpreteerbare normen. Het is in dit verband ook onmogelijk om objectieve, statische normen aan te leggen, immers met het gecompliceerder worden van de samenleving en de hogere eisen die dientengevolge aan haar leden worden gesteld, alsmede door de uitbreiding van de geestelijke gezondheidszorg worden mensen sneller als psychisch disfunctionerend gebrandmerkt. De dorpsgek van vroeger, die binnen de gemeenschap als lid werd geaccepteerd,^{17*} komt tegenwoordig in de psychiatrische inrichting terecht. Wat vroeger nog normaal werd genoemd, wordt nu eerder als afwijkend bestempeld. Bovendien was het vroeger in bepaalde gevallen nog mogelijk om met frustraties en problemen te leven, terwijl dit in onze tijd, onder meer door de hoge eisen die aan het individu gesteld worden, voor de persoon in kwestie een bijna onmogelijke opgave is. Daarom is het onmogelijk eenstuidende en objectieve normen te ontwerpen om te bepalen wat ziek, gezond, normaal en abnormaal is, als datgene wat normaal is zelf voortdurend verandert. Wetenschappelijk zou het dan ook ongerijmd zijn om enerzijds vast te stellen dat de samenleving en de mensen voortdurend veranderen, terwijl anderzijds statische opvattingen gekoesterd zouden worden over psychische fenomenen.

Wat betreft het psychisch welzijn is het niet anders gesteld als met materiële zaken, want ook op dat gebied veranderen de normen voortdurend. In 1900 was het bezit van een auto een teken van (maatschappelijke) welgesteldheid, terwijl momenteel het bezit van een auto een veel normalere zaak is geworden en zelfs tot op zekere hoogte noodzaak in zoverre de samenleving hoge eisen stelt aan de mobiliteit van het individu. Het bestaansminimum is een relatief begrip en dat geldt zowel voor materiële als voor psychische zaken.

Daarom moet de hele kwestie rond de absolute psychische Verelendung pragmatisch opgelost worden: onderzoek maakt duidelijk dat er een overvloed aan psychische problemen is, en dat de hulpverlening nog verre van toereikend is. Zowel het aantal hulpverlenende instanties als de kwaliteit ervan schiet tekort. Overigens moet hierin ook de vraagstelling betrokken worden, in hoeverre dit alleen een aangelegenheid is van hulpverlenende instanties zelf. De vraag of er in onze tijd sprake is van meer psychische problemen dan voorheen zullen we nooit wetenschappelijk kunnen

beantwoorden, alleen al door het simpele feit dat veel psychische problemen onontdekt blijven; een uitgebreider hulpverleningsapparaat zal ook meer psychische problemen registreren. Absolute cijfers uit onderzoeken van algemeen maatschappelijke aard zullen ons niet het antwoord geven op de vraag in welke mate psychische problemen zich in de toekomst zullen vermenigvuldigen, en evenmin zullen ze ons helpen bij het zoeken naar de oorzaken van alle psychische ellende. Daarvoor zullen we een meer inhoudelijke analyse moeten plegen. Voor zo'n inhoudelijke analyse is een eerste vereiste dat er meer genuanceerde en eenduidige cijfers voorhanden zijn. Daartoe gaan we nu een aantal onderzoeken bekijken die gericht waren op de vraag of er een verband bestaat tussen sociale lagen in onze maatschappij en het optreden van psychische ziekten.

1.2. De relatieve psychische Verelendung; de naar klassen specificerende benadering

Er zijn een aantal sociologische en sociaal-epidemiologische onderzoeken gedaan naar de samenhang tussen het optreden van psychische storingen en sociale feiten, zoals sociale laag en woon-, werk- en leefomstandigheden. Ruimer geformuleerd: de spreiding van psychische storingen over de verschillende bevolkingsgroepen. In de loop van de tijd is er een grote hoeveelheid gegevens geproduceerd waaruit onder meer blijkt dat er een correlatie bestaat tussen sociale laag en psychische stoornissen. Om deze cijfers op hun juiste waarde te kunnen schatten moeten we ons realiseren dat er in dit verband een onderscheid bestaat tussen prevalentie- en incidentiestudies.¹⁸

In *prevalentiestudies* onderzoekt men het aantal personen, dat op het moment van het onderzoek een bepaalde psychische stoornis heeft en daar al dan niet voor in behandeling is. Men maakt daarbij een onderscheid tussen behandelde en ware prevalentie. In de behandelde prevalentiestudies onderzoekt men het aantal personen dat op het moment van onderzoek in behandeling is voor een bepaalde psychische stoornis. Men verkrijgt daarmee echter geen beeld van het aantal personen dat op het moment van onderzoek werkelijk een stoornis heeft. Dit laatste onderzoekt men in

de ware prevalentiestudies. Deze zijn van belang, omdat men daarmee kan bestuderen in hoeverre de psychiatrische hulpverlening te kort schiet (door patiënten niet te bereiken) en omdat men daarmee een beeld kan krijgen van het aantal patiënten dat ziek (bijvoorbeeld door artsvermijgend gedrag) niet tot hulpverleningsinstanties wendt wanneer dat wel nodig is.

Er ontstaan echter problemen, wanneer men met prevalentiestudies een historische vergelijking wil maken. Immers sommige stoornissen vragen een lange genezingsperiode en menig keer treden er geen verbetering op in het ziektebeeld, omdat de behandelingsmethode te kort schiet. In prevalentiestudies worden deze chronische patiënten in ieder onderzoek opnieuw geteld. Daardoor ontstaat een ongewenste invloed op de cijfers, zodat die niet meer bruikbaar zijn voor historische vergelijking. Om dit te ondervangen kan men *incidentiestudies* verrichten, omdat men daarbij alleen onderzoek doet naar het aantal personen dat in een bepaalde periode voor het eerst ziek is geworden, dus de 'nieuwe patiënten'. Ook hier bestaat het onderscheid tussen behandelde incidentie (het aantal personen dat in een bepaalde periode voor het eerst in behandeling wordt genomen voor een bepaald ziektebeeld) en de ware incidentie (het aantal personen dat in een bepaalde periode nieuw ziek is geworden en dat al dan niet in behandeling is).

Ik wil verder nog opmerken dat in de tekst veelvuldig de termen boven-, onder- en middenlaag gehanteerd zullen worden. Met deze termen worden bedoeld de bovenste, de onderste, en de tussenliggende sociale laag. Het gebruik van deze termen is vrij onnauwkeurig. In feite maken de diverse auteurs een indeling in sociale lagen op basis van verschillende criteria; meestal betreffen deze criteria de inkomenshoogte, beroepspositie, woonsituatie en het opleidingsniveau en soms de objectieve of subjectieve ervaren status van de onderzochten. Sommige auteurs bezigen een indeling in vijf lagen, anderen in drie. Bij de indeling in drie lagen wordt vooral de definitie van de middenlaag onduidelijk, omdat de ene auteur het bovenste deel van de onderlaag bij de middenlaag rekent, de ander bij de onderlaag. Het zou voor ons doel te ver voeren om op deze plaats homogeniteit aan te brengen in deze onzuivere definities. Voor de strekking van het betoog is deze onnauwkeurigheid niet van groot belang. Men dient er wel rekening mee te houden, dat de vergelijkbaarheid van de onderzoeken hier enigszins nadelig door wordt beïnvloed. Wanneer deze door de auteurs zelf zijn

aangegeven, vermelden wij de criteria die ze hebben gehanteerd bij de door hen gemaakte indeling in sociale lagen.

Van de diverse onderzoeken kan men een aantal conclusies trekken, die we hieronder in twee punten zullen samenvatten. De eerste conclusie zegt iets over de absolute spreiding van het aantal psychiatrische stoornissen over de verschillende bevolkingslagen. Die conclusie is gebaseerd op kwantitatief onderzoek. De tweede conclusie zegt ook iets over de aard van die spreiding, namelijk over welke psychische stoornissen het meest in bepaalde bevolkingslagen voorkomen. Deze conclusie is gebaseerd op kwalitatief onderzoek.

a. In de onderste sociale lagen treden de meeste psychische stoornissen op. (Resultaten van kwantitatief onderzoek)

Er is veel onderzoek gedaan naar de frequentieverdeling van psychiatrische stoornissen over de verschillende bevolkingslagen. Uit alle sociaal-epidemiologische onderzoeken naar de spreiding van psychiatrische stoornissen over de verschillende bevolkingslagen blijkt, dat in de onderste sociale lagen relatief de meeste psychiatrische patiënten voorkomen. Dit wil zeggen dat er in vergelijking met de verdeling van het aantal mensen over de diverse sociale lagen in de normale populatie, in de psychiatrische populatie relatief meer mensen uit de onderste sociale lagen komen.

We zullen hieronder een aantal van die onderzoeken bekijken. In deze paragraaf maken we dankbaar gebruik van inventariserend onderzoek dat eerder door Gleiss, Seidel en Abholz (1973) werd verricht.

Strotzka (1972, p. 100) zegt: 'In de sociaal-psychiatrische onderzoeken over de hele wereld bestaat er op geen enkel ander punt een zo grote overeenstemming als over het simpele feit, dat psychiatrische ziektebeelden, en wel in het bijzonder de groep der schizofrenieën, organische en ouderdomspsychosen zich opeenhopen in de onderste bevolkingslagen.' Murphy, die onderzoek deed in Zuid-Oost Azië, constateert dat de oververtegenwoordiging van de laagste sociale lagen in psychiatrische inrichtingen niet alleen voor westerse samenlevingen geldt.¹⁹ Ook Leighton vond in zijn studie

bevestigd, dat het aantal psychische stoornissen toenam naarmate het opleidings- en beroepsniveau afnam. Tevens ontdekte hij dat het wonen in slums en achterbuurten in grote steden van nog grotere invloed is op het optreden van psychische stoornissen dan het opleidings- en beroepsniveau. Oorzaak hiervan zou de grote mate van sociale desintegratie zijn in dergelijke buurten.²⁰

Nijhof (1972, p. 122) gaat in op de mate waarin meer psychische stoornissen voorkomen in de onderlaag. Hij schrijft: 'Blijkens een veelheid van onderzoeken wordt een onevenredig hoge frequentie van psychische stoornissen aangetroffen in kringen van de laagstbetaalden, degenen met het geringste maatschappelijke prestige, kortom die bevolkingscategorie die wij aan de hand van sociale en economische maatstaven als 'lagere' plegen aan te duiden. Het percentage van 23 procent van de bevolking dat aan psycho-sociale stoornissen lijdt, zoals in het genoemde Amerikaanse onderzoek, blijkt — wanneer het voor de sociaal zwakkeren wordt berekend — te zijn gestegen tot 33 procent. Ook Giel²¹ treft in zijn Nederlands dorp een ietwat slechtere gezondheid aan bij degenen, die niet meer dan lagere school aan opleiding hebben genoten. Ecologisch onderzoek in Rotterdam wijst voorts uit, dat in sociaal-economisch zwakkere buurten meer opnamen in psychiatrische ziekenhuizen voorkomen.² Nijhof roept daarmee de vraag op of wij misschien een samenleving hebben, die in het bijzonder een pathogene invloed heeft op economisch zwakkere strata.

Clark²² deelde bij zijn onderzoek in Amerika de samenleving op in sociale lagen, alleen naar het criterium van beroepshoogte. Bij de door hem onderzochte relatie tussen beroepshoogte en de aanwezigheid van psychische stoornissen ontdekte hij een omgekeerde relatie tussen deze twee. Met andere woorden: de meeste psychische stoornissen trof hij aan bij de groepen onderaan in de beroeps-hiërarchie. In de bekende New Haven Study van de socioloog Hollingshead en de psychiater Redlich uit 1958²³ komen dezelfde resultaten naar voren. Zij hanteren een indeling in vijf sociale lagen.^{24*} Zij constateren dat er in de psychiatrische populatie ongeveer tweemaal zoveel mensen uit de onderste sociale laag voorkomen dan in de normale populatie. Naarmate de sociale laag stijgt wordt deze verhouding gunstiger. Zo bestaat in de normale populatie de bovenste laag uit drie procent van de totale bevolking, terwijl dit in de psychiatrische populatie slechts één procent is. Het gaat daarbij om cijfers van de behandelde prevalentie (zie tabel I).

Tabel I

<i>sociale laag</i>	<i>psychiatrische populatie</i>	<i>normale populatie</i>
I	1.0	3.0
II	7.0	8.4
III	13.7	20.4
IV	40.1	49.8
V	38.2	18.4
	100%	100%

(ontleend aan Gleiss ea., 1973, p. 41)

Wanneer Hollingshead en Redlich deze cijfers omrekenen om het aantal psychiatrische patiënten te berekenen per 100.000 mensen van een bepaalde sociale laag^{25*}, constateren zij dat er in de onderste sociale laag driemaal zoveel patiënten voorkomen dan in de twee bovenste lagen (Zie tabel II).

Tabel II

<i>sociale laag</i>	<i>ratio per 100.000 personen per laag</i>
I & II	553
III	528
IV	665
V	1668

(ontleend aan Gleiss ea., 1973, p. 42)

In de Midtown Manhattan Study²⁶, waarin de ware prevalentieratio werd bestudeerd in een New Yorkse wijk kwam men tot gelijklopende resultaten. In totaal werden 1660 personen tussen 20 en 58 jaar in het onderzoek betrokken. Zij werden (naar beroep, opleiding en inkomen) ingedeeld in drie sociale lagen. De graad van psychische gezondheid werd gemeten met behulp van een enquête. Het onderzoek leverde onder meer de volgende resultaten op: in de bovenlaag was dertig procent psychisch gezond, in de onderlaag slechts vier procent. Ernstige psychische stoornissen die

behandeling vereisten kwam men in de bovenlaag bij 12,5 procent tegen en in de onderlaag bij 57,3 procent; dat wil zeggen dat in de bovenlaag ruim zes maal zoveel psychisch gezonde mensen voorkomen als in de onderlaag, terwijl zwaar gestoorden relatief vier keer zo vaak in de onderlaag te vinden zijn als in de bovenlaag (zie tabel III).

Tabel III

psychische gezondheid	bovenste laag	onderste laag
goed	30.0	4.6
lichte symptomen	37.5	25.0
middelesterke symptomen	20.0	23.1
gestoord, waarvan:	12.5	47.3
tamelijk zwaar	6.7	16.7
zwaar	5.8	21.3
zeer zwaar	0.0	9.3
	100 %	100 %

(ontleend aan Gleiss ea., 1973, p. 44)

Dohrenwend en Dohrenwend²⁷ gingen in een overzichtsstudie na hoe de verdeling van psychische ziekten over de verschillende sociale lagen was. Daartoe bestudeerden zij 24 onderzoeken (allemaal prevalentiestudies): in 19 gevallen lag de hoogste ratio van psychische stoornissen in de onderste laag en in vier gevallen in de middenlaag. In de bekende Engelse studie van Adelstein ea.²⁸ waar ik verderop nog uitvoeriger op terugkom, werd de incidentie-ratio berekend en daar was de conclusie eveneens: hoe lager de sociale laag, des te groter is de kans om een psychische stoornis te krijgen.

Al deze cijfers spreken voor zich. Toch zijn ze nog steeds te globaal om er conclusies uit te trekken die handlingsperspectieven bieden. Belangrijk is allereerst om meer inzicht te krijgen in de verdeling van de verschillende soorten psychische stoornissen over de diverse bevolkingslagen. Daarop zullen we nu eerst onze aandacht richten.

b. psychosen komen meer voor in de onderlaag, en neurosen meer in de bovenlaag. (Resultaten van kwalitatief onderzoek)

Er is een overstelpende hoeveelheid studies, waarin de spreiding van verschillende soorten psychische stoornissen over de verschillende bevolkingslagen onderzocht wordt. Ondanks de grote onduidelijkheid, die er in wetenschappelijke studies en polemieken bestaat over de definitie van diverse typen van ziektebeelden is er over een aantal hoofdtypen wel een dermate grote overeenstemming, dat we die voor ons doel kunnen hanteren.^{29*}

In alle richtingen binnen de psychiatrie is men het erover eens dat psychosen (waaronder schizofrenie) in de onderste bevolkingslagen veel meer voorkomen dan in de bovenste lagen. Zo zegt Eysenck (1975, p. 179): 'het percentage (van schizofrenen - BdT) ligt ongeveer driemaal zo hoog bij de lagere sociale klassen als bij de hoogste'. Uit een door Strotzka³⁰ uitgevoerde prevalentiestudie blijkt dat psychopathie, schizofrenie en zwakzinnigheid veelvuldiger in de onderste sociale laag voorkomen, terwijl neurosen zich ongeveer even vaak in alle sociale lagen voor zouden doen. Ook Hollingshead en Redlich konden uit hun New Haven Study de conclusie trekken dat psychotische stoornissen meer voorkomen in de onderlaag. Maar bovendien bleek uit hun studie (voor wat betreft de behandelde prevalentie) dat neurosen significant meer voorkomen in de bovenlaag. Zij vonden dat bij de patiënten uit de bovenste sociale lagen het aantal neurosen tweemaal zo groot was als het aantal psychosen. Bij de patiënten uit de middenlaag zou dit onderscheid in verdeling nagenoeg te verwaarlozen zijn. In de onderste sociale lagen zouden negenmaal zoveel patiënten in behandeling zijn voor een psychose als voor een neurose (zie tabel IV).

Tabel IV

sociale laag	% neurosen	% psychosen	% totaal
I & II	65	35	100
III	45	55	100
IV	20	80	100
V	10	90	100

(ontleend aan Gleiss ea., 1973, p. 42)

Als men op basis van tabel IV met behulp van tabel I de prevalentie-ratio berekent in vergelijking met de totale bevolking, komt men tot de bevinding dat er achtmaal zoveel psychotici in de onderste sociale laag voorkomen als in de bovenste. In de bovenlaag bevinden zich procentueel 3,5 keer zoveel neurotici. Wanneer men de ware prevalentie zou berekenen zou men een heel ander beeld krijgen. De onderste laag gaat namelijk minder snel naar de arts: ook in de houding van de cliënt ten opzichte van zijn stoornis bestaat een klassenonderscheid. Men spreekt hier over het ziektegedrag. In het laatste hoofdstuk van dit boek komen we hier nog op terug. Gleiss ea. (1973, p. 43) zeggen daarover: 'Men kan hier al vermoeden, dat bij de bepaling van de ware prevalentie de verhouding van de psychose-ratio nog ongunstiger zou uitvallen voor de onderlaag dan 1:9. Bij de neurose-ratio zou de verhouding ongeveer 3:1 ten 'nadele' van de bovenlagen waarschijnlijk eveneens behoorlijk veranderen: de verschillen in de ratio van de neurosen tussen bovenlaag en onderlaag zouden dan zeker geringer worden of zelfs verdwijnen. Men kan dit aannemen, omdat een neurose, als lichtere vorm van psychische ziekte, in het bijzonder voor de patiënten uit de onderlaag zeer zelden aanleiding zal zijn om een behandelend instituut op te zoeken.'

In de reeds geciteerde Midtown Manhattan Study³¹, eveneens een prevalentiestudie, deelde men de gestoorde ook in naar ziektebeeld en men kwam tot de bevinding dat psycho-organische en psychotische stoornissen, alsmede pathologische persoonlijkheidsdefecten significant vaker optraden in de onderste sociale laag (drie- tot viermaal zo vaak). Neurotische stoornissen traden vaker op in de bovenlaag, terwijl neurotische stoornissen in combinatie met persoonlijkheidsdefecten significant vaker voorkwamen in de onderlaag. Het aantal psychosomatische stoornissen in combinatie met neurotische stoornissen zou daarentegen niet verschillend zijn in de drie onderscheiden sociale lagen. Overigens werd in deze studie gevonden dat in de bovenlaag driemaal zoveel personen psychisch gezond waren in verhouding tot de onderlaag; in de middenlaag waren tweemaal zoveel personen gezond ten opzichte van de onderlaag (zie tabel V).

Tabel V

type stoornis	onderste laag	middenlaag	bovenste laag
psycho-organisch	4.4	0.9	0.0
psychotisch	13.1	8.3	3.6
neurotisch	24.5	35.5	42.5
psychosomatisch	8.1	5.2	5.4
persoonlijkheidsdefect / sociopathie	14.9	10.1	4.5
neurotisch / psychosomatisch	5.5	4.7	6.8
persoonlijkheidsdefect / neurotisch	19.7	17.1	11.3
gezond	9.8	18.0	25.9

(ontleend aan Gleiss ea., 1973, p. 44)

Tot meer inzicht kunnen we ook hier komen, wanneer we deze cijfers vergelijken met resultaten van incidentiestudies. Op basis van prevalentiestudies kun je niet veel conclusies trekken. Het kan zijn dat mensen uit de onderste sociale lagen vaker opnieuw ziek worden en dat voor hen slechte psychiatrische hulp bestaat, waardoor er sprake is van een langere opname. Dit zou moeten blijken uit de incidentiestudies waarin onderzocht is hoeveel nieuwe patiënten er in een bepaalde periode bijgekomen zijn. In de New Haven Study, waarin men ook de behandelde incidentie onderzocht, bleek dat het aantal nieuwe neurotici per sociale laag ongeveer gelijk lag, terwijl het aantal in behandeling zijnde neurotici (behandelde prevalentie) voor de bovenlaag 3,5 keer zo hoog lag als voor de onderlaag. Viermaal zoveel patiënten uit de bovenlaag als uit de onderlaag waren bij een neurotische stoornis blijvend opgenomen. Dit betekent dat bij neurotici de bovenlaag én eerder in behandeling wordt genomen én dat de behandeling intensiever is. Bij de psychotici lag het aantal patiënten (wat betreft de behandelde prevalentie-cijfers) uit de onderlaag 6,5 keer zo hoog als het aantal patiënten uit de bovenlaag, terwijl het aantal nieuw behandelde patiënten (behandelde incidentie) driemaal zo hoog lag bij de onderlaag als bij de bovenlaag. Dit betekent dat de patiënten

uit de onderlaag minder succesvol werden behandeld. Dit blijkt ook uit het feit dat twaalfmaal zoveel patiënten uit de onderlaag in voortdurende behandeling blijven als patiënten uit de bovenlaag. Bij het aantal heropnamen in een inrichting zien we dat de onderlaag tweemaal vaker is vertegenwoordigd dan de bovenlaag (zie tabel VI).

Tabel VI

sociale laag	ratio per 100.000 ³²			
	prevalentie	incidentie	voortdurend verblijf	heropname
	NEUROSEN			
I & II	349	69	251	44
III	250	78	137	30
IV	114	52	82	17
V	97	66	65	35
	PSYCHOSEN			
I & II	188	28	117	44
III	291	36	217	38
IV	518	37	439	42
V	1505	73	1344	88

(tabel ontleend aan Gleiss ea., 1973, p. 47)

Al in de vroege jaren vijftig hield Frumkin³³ twee onderzoeken waaruit bleek dat de laagste beroepsgroepen de hoogste incidentie-ratio hadden met betrekking tot schizofrenie. Bij de neurosen ging dit alleen op voor vrouwelijke patiënten,^{34*} terwijl bij de mannen de groep uit de dienstverlenende sector hier de hoogste ratio had. Bij de manisch-depressieven gold voor de vrouwen uit de onderste lagen een hoge incidentie-ratio, maar bij de mannen bestond geen verschil. In de reeds geciteerde incidentiestudie van Adelstein³⁵ werden in de Engelse plaats Salford de behandelde pa-

tiënten onderzocht, die voor het eerst werden opgenomen over de periode 1959-1963; het ging hierbij om 1945 patiënten. Hij constateerde dat de toename van het aantal psychosen correleerde met het lager worden van de sociale laag. Met betrekking tot drugs- en alcoholverslaving bestond een tendens in deze richting. Bij andere ziektebeelden werd een gelijkmatige verdeling aangetroffen.

Strotzka (1972, p. 100) haalt een incidentieonderzoek aan van Brooke^{36*}, waarin deze vijf sociale lagen onderscheidde en de spreiding onderzocht van schizofrene psychotici over deze sociale lagen. Sociale laag I was de bovenste laag, sociale laag V de onderste. De uitslag van het onderzoek luidde: I: 51, II: 57, III: 93, IV: 103, V: 229. In dit onderzoek bleek de manisch-depressieve psychose klasse-onafhankelijk te zijn. We zagen reeds eerder dat Frumkin ook tot deze bevinding kwam, zij het voor slechts het mannelijke deel van de bevolking. Scandinavische³⁷ en Duitse³⁸ onderzoeken laten in grote lijnen dezelfde resultaten zien als de hierboven besproken Amerikaanse en Engelse onderzoeken. Wat betreft het klassenonderscheid met betrekking tot alcoholisme zegt Roth (1972, p. 65): 'Dat de meeste alcoholici uit de arbeidersklasse afkomstig zijn wordt verduidelijkt door cijfers uit de inrichtingen. Volgens die cijfers zijn 52,5 procent van de verslaafden in inrichtingen arbeiders, 21 procent ambachtslieden en slechts 4,5 procent academici.' Naar mijn mening wijken deze cijfers niet opvallend veel af van de verdeling van de totale bevolking.

Er zijn in dit verband ook overzichtsstudies uitgevoerd. Zo onderzochten de eerder genoemde Dohrenwend en Dohrenwend³⁹ een aantal prevalentiestudies met betrekking tot de sociale spreiding van verschillende ziektebeelden. Zij vonden daarbij dat in de meeste studies bleek, dat schizofrenie vaker voorkwam in de onderlaag, terwijl dit ook gold voor persoonlijkheidsdefecten. Neurosen bleken in zes van de veertien studies vaker voor te komen in de onderlaag. Bij deze prevalentiestudies bleek tevens dat de manisch-depressieve psychose vaker voorkwam in de bovenlaag (zie tabel VII op de volgende pagina).

Uit een overzichtstudie van Mishler en Scotch⁴⁰, waarin incidentiestudies werden bestudeerd bleek dat in acht van de negen studies de hoogste graad van schizofrenie in de onderste sociale laag werd gelokaliseerd. De negende studie waaruit een sociaal gelijkmatige verdeling bleek, is volgens de schrijvers niet betrouwbaar.

Tabel VII

ziekte / type stoornis	aantal studies	aantal studies dat de hoogste ratio in de onderlaag ontdekte
schizofrenie	7	5
manisch-depressieve psychose	7	0
neurose	14	6
persoonlijkheidsdefect	13	10

(ontleend aan Gleiss ea., 1973, p. 46)

Samenvattend kunnen we zeggen dat numeriek de meeste psychische stoornissen voorkomen in de onderste sociale lagen van de bevolking. Als we kijken naar de numerieke verdeling van de verschillende soorten stoornissen over de diverse sociale lagen, blijkt, dat de psychische stoornissen die bekend staan onder de verzamelnaam psychose aanzienlijk vaker voorkomen in de onderste sociale lagen dan in de bovenste lagen. Daarentegen blijken de lichtere stoornissen (de neurosen) vaker voor te komen in de bovenglagen. Deze resultaten blijken uit studies die de behandelde patiënten onderzoeken. Zoals we gezien hebben blijkt uit de studies die de ware prevalentie en incidentie onderzoeken, dat neurosen in feite zeker zo vaak voorkomen in de onderlagen. Men kan dus niet concluderen dat de neurose een typische bovenlaagstoornis zou zijn. Hoewel deze conclusie vaak getrokken wordt, blijkt in de praktijk dat patiënten uit de onderlaag minstens zo vaak lijden aan neurotische stoornissen. Verderop in dit boek zullen we zien dat dit iets zegt over de ontbreikbaarheid van de psychiatrische hulpverlening en haar geringe gerichtheid op de onderste bevolkingslagen. Bovendien maakt het iets duidelijk over het ziektegedrag van de onderste sociale lagen, dat wel als artsvermijndend wordt gekarakteriseerd. Tenslotte zegt het iets over de normen en het doorverwijzend gedrag van de sociale omgeving van de cliënt. Zoals we nog zullen zien in het laatste deel maakt de sociale omgeving van cliënten uit de bovenlaag deze cliënten veel eerder attent op voor hen uitzonderlijk gedrag, waardoor zij eerder uit eigen beweging een hulpverlenende instantie opzoeken.

BEMIDDELENDE FACTOREN

ALS we de resultaten van de in de vorige paragrafen genoemde onderzoeken bekijken, constateren we een onevenwichtige spreiding van geestelijke stoornissen over de verschillende bevolkingslagen. Het blijkt dat er een duidelijk verband bestaat tussen de sociale laag waartoe de cliënt behoort en de aard van zijn stoornis. Toch blijven deze constatering abstract, omdat ze niets zeggen over de causaliteit van dat verband, noch over hoe dat verband er nu uitziet. En dat zouden we graag willen weten, omdat we ons immers tot doel gesteld hebben om inzichten in deze materie bruikbaar te maken voor het hulpverleningsproces. Daarvoor is het vooral van belang om meer te weten te komen over het hoe en waarom van de geconstateerde verbanden. Causaliteit ontdekken in het verband tussen sociale laag en het optreden van psychische stoornissen vereist, dat we onze verrekijker gaan vervangen door een microscoop. Pas dan kunnen we er misschien achter komen waarom er meer psychische problemen voorkomen in de onderste bevolkingslagen en hoe die problemen maatschappelijk bepaald of beïnvloed worden.

Als we de genoemde verbanden nader gaan bestuderen, gaan we in feite kijken naar zaken die tussen het abstractum sociale laag en het optreden van psychische stoornissen liggen. Met andere woorden, we gaan onderzoeken welke factoren in het leven van cliënten uit de onderscheiden bevolkingslagen bijdragen tot het optreden van psychische stoornissen of deze veroorzaken. Deze factoren vormen het intermedium, waarlangs het verband tussen psychische stoornissen en sociale laag tot stand wordt gebracht. Daarom noem ik deze factoren voortaan *intermediatoren* of *bemiddelende factoren*. Deze factoren kunnen op verschillende manieren onderzocht worden. In dit hoofdstuk komen twee van deze benaderin-

gen aan bod, die we analoog aan het eerste hoofdstuk van dit deel de totaal-maatschappelijke benadering en de naar klassen specifieke benadering zullen noemen. In de totaal-maatschappelijke benadering wordt geprobeerd door interpretatie een verklaring te vinden voor de absolute psychische Verelendung en de aard van nieuwe psychische problemen. Wij nemen de theorie van Dieter Duhm, een Duits psycholoog en socioloog, als voorbeeld (meer dan als representatie) van deze benadering. De tweede benadering probeert (wederom door empirisch onderzoek) een verklaring te vinden voor de verbanden die door de onderzoeken in de paragraaf over relatieve psychische Verelendung werden gevonden. Deze laatste benadering maakt het ook mogelijk een onderscheid aan te brengen in diverse bemiddelende factoren.

2.1. De totaal-maatschappelijke benadering; Duhm's verklarende theorie

Het is een platitude om te zeggen dat de omgangsvormen tussen de mensen zich in de loop der geschiedenis wijzigen. Iedereen beseft dat de Bataven op een heel andere manier met elkaar communiceerden dan wij dat doen, dat ze hun maatschappelijk verkeer volgens geheel andere normen en regels lieten verlopen en dat ze op een heel andere manier aan de kost kwamen. Ook de religieuze beleving en het psychologisch klimaat was stellig anders. We weten uit veel studies dat deze verschillen zich ook tegelijkertijd voordoen in verschillende landen en culturen. Zo bestaan er wat deze aspecten betreft levensgrote verschillen tussen westerse landen en landen van de Derde Wereld. Ook binnen één land zijn er grote verschillen tussen de diverse sociale klassen. Dit is zo vanzelfsprekend dat deze opmerking irrelevant lijkt. Als we echter dichter bij huis kijken, zien we wat deze gebieden betreft grote verschillen tussen onze grootouders, onze ouders en onszelf. De omgangsvormen van onze (groot)ouders en hun materiële problemen waren beslist van andere aard dan die van onze generatie. Dit is een gevolg van historische veranderingen die zich steeds voordoen in de fundamentele waarop de onderlinge verhoudingen tussen de men-

sen gebaseerd zijn. Deze veranderingen hebben gevolgen voor de intermenselijke verhoudingen en voor het karakter en de inhoud van de problemen die mensen op dit gebied hebben.

De veranderingen in de fundamentele waarop onze onderlinge verhoudingen berusten (onder meer economische veranderingen) voltrekken zich vaak zonder dat we ons daarvan bewust zijn. Toch is het belangrijk deze ontwikkelingen in de gaten te houden, omdat het kan helpen bij het begrijpen van de problemen van cliënten en bij het zoeken van oplossingen daarvoor; tevens omdat het dan mogelijk wordt om in het preventieve werk te anticiperen op de gevolgen van veranderingen die zich voordoen.^{41*}

Richten we ons op de analyses van de veranderingen die zich momenteel voordoen, dan is voorzichtigheid geboden, omdat deze analyses vaak niet meer dan een hypothetische waarde hebben. Dit komt omdat we vaak pas na lange tijd, wanneer we terugblikken op het verleden, de juiste aard en waarde kunnen schatten van de veranderingen die zich toen hebben voorgedaan. Analyses van het verleden hebben veel waarde voor het begrijpen van het heden, maar maken niet voldoende duidelijk wat er zich in het heden afspeelt. Richten we onze blik slechts op het heden en op auteurs die het heden proberen te analyseren op aspecten die van belang zijn voor de hulpverlening,^{42*} dan zien we dat die auteurs vaak blijven steken in oppervlakkige analyses.

Veranderingen in intermenselijke verhoudingen zijn van belang voor de hulpverlening.^{43*} In de hulpverleningsliteratuur op dat gebied treffen we evenwel slechts oppervlakkige beschouwingen aan, waarin gewezen wordt op aspecten als emotionele verschroming en isolering (zie Rogers, 1974a, p. 18 ev., p. 116 ev.). Ook beschrijft men direct gevoelsmatige belevingen als eenzaamheid, machteloosheid en gebrek aan warmte en acceptatie (zie Maas, 1973, 1975). Deze auteurs geven slechts een beschrijving van het psychisch klimaat en hun werk heeft (wat dit betreft) dan ook weinig verklarende waarde. Een meer verklarende analyse, zij het ook vrij oppervlakkig, vinden we bij een auteur als De Batselier (1974a, 1974b).

Een analyse met grotere verklarende waarde en een diepergaande beschouwing van de intermenselijke verhoudingen treffen we aan in het werk van Dieter Duhm. In zijn meest gefundeerde werk (Duhm, 1973c) gaat hij bij zijn analyse uit van de economische veranderingen die zich voordoen en eindigt hij met een beschrij-

economische verduidelijking moeten geven van een these uit de marxistische economie. Daarbij volgen we de gedachtengang van Duhm in zijn tweede boek, die hij als basis neemt voor dit aspect van zijn theorie.

Korte economische verduidelijking

In de marxistische analyse wordt de kapitalistisch georganiseerde samenleving gezien als een ruilwarenmaatschappij. Elk produkt is een waar en elke waar heeft een ruilwaarde en een gebruikswaarde. De gebruikswaarde van een waar is de waarde die de koper (gebruiker) van het betreffende produkt daaraan toekent. De ruilwaarde is de maatschappelijke (geldelijke) waardering voor het produkt. De gebruikswaarde van een waar is dus concreet en tastbaar, de ruilwaarde daarentegen is abstract, het is een maatschappelijk geregleerde waardering. In de kapitalistische maatschappij wordt de gebruikswaarde slechts gewaardeerd in de mate waarin zij een voorwaarde is voor de ruilwaarde (een produkt zonder gebruikswaarde zal niet verkocht worden). De waar wordt dus in feite alleen gewaardeerd naar haar (abstracte) ruilwaarde.

Omdat de arbeidskracht ook een waar is die op de arbeidsmarkt te koop wordt aangeboden, wordt ook de arbeidskracht gewaardeerd naar zijn abstracte ruilwaarde. Wanneer dus een arbeider zijn arbeidskracht te koop aanbiedt, wordt zijn arbeidskracht niet gewaardeerd naar de betekenis die de arbeider er zelf aan hecht, maar naar die welke de koper er aan hecht. De koper van de (te koop aangeboden) arbeidskracht is bij de beoordeling daarvan zelf ook weer gebonden aan allerlei economische maatschappelijke processen. Het uitsluitend beoordeeld worden op deze abstracte ruilwaarde wordt de kwantitatieve waardering genoemd, de beoordeling naar gebruikswaarde de kwalitatieve beoordeling, omdat daarbij de subjectieve aspecten van belang zijn.

Marx stelde reeds in zijn tijd de these op, dat met de verdere ontwikkeling van de kapitalistische maatschappij de categorie *waar* steeds univarseler zou worden en dat dit zou betekenen dat de kwantitatieve waardering in alle onderdelen van het leven zou gaan doordringen. Dit universeel worden van de categorie *waar* verklaarde Marx uit de tendentiële monopolisering van de industrie. Dit wil zeggen dat het aantal bedrijven steeds afneemt en dat

een steeds kleinere groep van kapitaalbezitters steeds meer en grotere bedrijven zou gaan bezitten. Daardoor zou een steeds groter deel van de bevolking proletariseren, met andere woorden loonafhankelijk worden. Daardoor zouden tendentieel alle mensen en alle delen van het leven onderworpen worden aan de warenwet.

Duhm constateert dat deze toestand momenteel in verregaande mate feitelijkheid is geworden en dat daardoor bijna alle verhoudingen tussen mensen tot ruilverhoudingen zijn geworden. Daarin worden de mensen voornamelijk kwantitatief gewaardeerd. Deze kwantitatieve waardering verloopt volgens maatschappelijk geregleerde normen en daardoor raakt die waardering ver verwijderd van het individu. Het individuele leven van de mens komt daarmee in tegenstelling te staan tot het maatschappelijke; de individuele behoeften komen tegenover de maatschappelijke eisen te staan. Volgens Duhm bestaat er hierdoor momenteel een heel specifieke maatschappelijkheid tussen de mensen, waarin de individuele isolering niet opgeheven kan worden. Door het gecompliceerder worden van de samenleving en door de noodzakelijke verstoring van de tegenstellingen daarbinnen is de produktie- en reproductiewijze van de maatschappij als het ware 'opgestegen' van de concrete, behoeftige, plannende en arbeidende mens. De logische samenhang van deze vervreemde en abstracte maatschappelijkheid met het concrete leven van het individu is daardoor slechts op gecompliceerde wijze te begrijpen, onder meer door middel van de warenanalyse. Voor het concrete individu is die samenhang echter ondoorzichtig. De maatschappelijke band tussen de mensen ligt derhalve niet meer in hun concrete handelingen, maar verloopt via maatschappelijk geregelde processen, bijvoorbeeld in de ruil van arbeidsprodukten.

De mensen worden aldus van buitenaf tot elkaar in verhouding gesteld. De abstractheid van deze onderlinge verhouding is van zo hoge graad, aldus Duhm, dat zij niet meer concreet tastbaar of herkenbaar is. Bovendien wordt inzicht in deze hele materie tegengehouden door de ideologische verstoring van de ruilverhoudingen tussen mensen, omdat er (vanwege het uitbuitingskarakter) economische belangen mee gemeoid zijn. Het gemeenschappelijke belang dient van buitenaf opgelegd te worden, het is niet langer

een concreet persoonlijk motief. Dit brengt een sterk isolement tussen de mensen voort.

Het algemeen of universeel worden van de waar heeft, zoals we gezien hebben, de kwantitatieve waardering tot gevolg. Deze kwantitatieve waardering leidt onder andere tot het kapitalistische prestatieprincipe. De arbeidsprestatie geldt immers niet kwalitatief (als gebruikswaarde) maar kwantitatief, dat wil zeggen als hoeveelheid geproduceerde ruilwaarde. Verkoopbaarheid van produkten is immers de belangrijkste norm in de industrie, die gericht is op het maximaliseren van de winst. De absurde gevolgen hiervan worden duidelijk in de ver doorgevoerde arbeidsdeling, zoals bij lopende-bandarbeid. Ook hier staat niet het welzijn van de mens centraal, maar de verhoging van de productiviteit (prestatie).

Het prestatieprincipe, dat wil zeggen de verzelfstandiging van de abstracte prestatie tegenover de concrete inhoud van de prestatie, beperkt zich niet tot het productieproces. Het heeft zijn weerslag gevonden in de algemene moraal en in het ideologische waardensysteem van de kapitalistische maatschappij: men moet zoveel mogelijk prestaties leveren in zo kort mogelijke tijd. Dit prestatieprincipe roept onvermijdelijk faalangsten op, namelijk de voortdurende angst niet te voldoen aan de gestelde normen. Het falen van de een verhoogt de prestatie van de ander, waardoor de concurrentiemoraal een direct gevolg wordt van het prestatieprincipe. De kapitalistische maatschappij, gestoeld op het principe van de vrije onderneming, dwingt haar leden het concurrentieprincipe als noodzakelijke karaktertrek te verinnerlijken om te kunnen overleven. Het kapitalisme is de strijd van de een tegen de ander en alleen de sterkste en de grootste zal overwinnen. Niet alleen tussen de kapitalisten onderling (bij de verovering van de afzetmarkt en de aantrekking van arbeidskrachten en grondstoffen) is de concurrentie een onvermijdelijke noodzaak om te overleven, maar ook tussen de loonafhankelijken onderling (in de strijd om banen, promoties en hogere lonen).

Door het universeel worden van de categorie *waar*, dringt de concurrentie ook door in gebieden buiten de productie. Hier ligt voor ons het belang van het betoog van Duhm. Hij stelt dat veel menselijke eigenschappen zoals schoonheid, charme, goedlachtheid, voorkomendheid, sportiviteit, stoerheid, verstandigheid, po-

tentie etc. vercommercialiseerd raken en op de markt koopbaar. Enerzijds dringen dergelijke eigenschappen door in diverse beroepen als absolute vereisten, anderzijds dringen ze door in de reproductie- en consumptiesfeer. Er tekent zich een concurrentie af in sociale status (de duurste auto, het duurste huis, de sjiekste kleren). Voorts kan men gewenste eigenschappen, die men zelf 'van nature' mist, kopen. Het gevolg hiervan is, dat velen zich anders voor gaan doen dan ze feitelijk zijn, vanuit de behoefte zich in de vrije tijd (reproductiesfeer) zo sociaal wenselijk als mogelijk te gedragen. Bezit men dus bepaalde eigenschappen niet, dan kan men die kopen. Duhm noemt daarvan vele voorbeelden, welke we hier, gedeeltelijk aangepast aan de Nederlandse situatie, noemen: sportiviteit kan men kopen door de aanschaf van een sportauto, schoonheid door cosmetica, gratie door Kemt hairspray, sensualiteit door lipstick, zelfvertrouwen door tandpasta, potentie door condooms met froezeltjes, gezelligheid door een open haard, jeugdigheid door een face-lift of door een toupetje; je hoort er pas bij als je een Vespa-Ciao hebt en je wordt pas gezien als je een cross-your-heart beha draagt. Degene die zich niet meer hoeft te bewijzen koopt een Roover. Dit zijn lukraak een aantal voorbeelden uit advertenties. Het spreekt voor zich dat het advertentiewezen, dat zich baseert op de grillen van de kapitalistische modemarkt, de indruk versterkt, als zou men zijn persoonlijkheid kunnen veranderen door de aanschaf van bepaalde produkten.

Volgens Duhm merkt ieder dagelijks de objectieve feitelijkheid van het bovenstaande, maar ook de eigen noodzakelijke betrokkenheid in dit proces. Doet men niet mee aan de concurrentie, dan wordt men sociaal uitgestoten. Het gevolg van dit proces is evenwel dat deze concurrentie geestdodend werkt en veel stress (psychische spanningen) met zich mee brengt. Men kan in de sociaalpsychologische literatuur veel aansluitingen vinden op dit punt. Zo schrijft Defares (1976, p. 6) dat 'de persoon verwoede pogingen in het werk (stelt) om in het sociale verkeer met anderen de eigen status te verhogen en zich op deze wijze te beveiligen tegen de voortdurende bedreigingen, die het zelfbeeld zouden kunnen aantasten. De strijd die geleverd moet worden om status en aanzien te verwerven wordt dan op zich een extra stressbron'.

Door deze concurrentie worden de mensen vijanden en bedreigingen voor elkaar, terwijl voor de kapitalistische maatschappij deze situatie van economisch nut is. Het onderworpen zijn aan de

een concreet persoonlijk motief. Dit brengt een sterk isolement tussen de mensen voort.

Het algemeen of universeel worden van de waar heeft, zoals we gezien hebben, de kwantitatieve waardering tot gevolg. Deze kwantitatieve waardering leidt onder andere tot het kapitalistische prestatieprincipe. De arbeidsprestatie geldt immers niet kwalitatief (als gebruikswaarde) maar kwantitatief, dat wil zeggen als hoeveelheid geproduceerde ruilwaarde. Verkoopbaarheid van produkten is immers de belangrijkste norm in de industrie, die gericht is op het maximaliseren van de winst. De absurde gevolgen hiervan worden duidelijk in de ver doorgevoerde arbeidsdeling, zoals bij lopende-bandarbeid. Ook hier staat niet het welzijn van de mens centraal, maar de verhoging van de productiviteit (prestatie).

Het prestatieprincipe, dat wil zeggen de verzelfstandiging van de abstracte prestatie tegenover de concrete inhoud van de prestatie, beperkt zich niet tot het productieproces. Het heeft zijn weerslag gevonden in de algemene moraal en in het ideologische waardensysteem van de kapitalistische maatschappij: men moet zoveel mogelijk prestaties leveren in zo kort mogelijke tijd. Dit prestatieprincipe roept onvermijdelijk faalangsten op, namelijk de voortdurende angst niet te voldoen aan de gestelde normen. Het falen van de een verhoogt de prestatie van de ander, waardoor de concurrentiemoraal een direct gevolg wordt van het prestatieprincipe. De kapitalistische maatschappij, gestoeld op het principe van de vrije onderneming, dwingt haar leden het concurrentieprincipe als noodzakelijke karaktertrek te verinnerlijken om te kunnen overleven. Het kapitalisme is de strijd van de een tegen de ander en alleen de sterkste en de grootste zal overwinnen. Niet alleen tussen de kapitalisten onderling (bij de verovering van de afzetmarkt en de aantrekking van arbeidskrachten en grondstoffen) is de concurrentie een onvermijdelijke noodzaak om te overleven, maar ook tussen de loonafhankelijken onderling (in de strijd om banen, promoties en hogere lonen).

Door het universeel worden van de categorie *waar*, dringt de concurrentie ook door in gebieden buiten de productie. Hier ligt voor ons het belang van het betoog van Duhm. Hij stelt dat veel menselijke eigenschappen zoals schoonheid, charme, goedlachsheid, voorkomendheid, sportiviteit, stoerheid, verstandigheid, po-

tentie etc. vercommercialiseerd raken en op de markt koopbaar. Enerzijds dringen dergelijke eigenschappen door in diverse beroepen als absolute vereisten, anderzijds dringen ze door in de reproductie- en consumptiesfeer. Er tekent zich een concurrentie af in sociale status (de duurste auto, het duurste huis, de sjiekste kleren). Voorts kan men gewenste eigenschappen, die men zelf 'van nature' mist, kopen. Het gevolg hiervan is, dat velen zich anders voor gaan doen dan ze feitelijk zijn, vanuit de behoefte zich in de vrije tijd (reproductiesfeer) zo sociaal wenselijk als mogelijk te gedragen. Bezit men dus bepaalde eigenschappen niet, dan kan men die kopen. Duhm noemt daarvan vele voorbeelden, welke we hier, gedeeltelijk aangepast aan de Nederlandse situatie, noemen: sportiviteit kan men kopen door de aanschaf van een sportauto, schoonheid door cosmetica, gratie door Kemt hairspray, sensualiteit door lipstick, zelfvertrouwen door tandpasta, potentie door condooms met froezetjes, gezelligheid door een open haard, jeugdigheid door een face-lift of door een toupetje; je hoort er pas bij als je een Vespa-Ciao hebt en je wordt pas gezien als je een crossyour-heart beha draagt. Degene die zich niet meer hoeft te bewijzen koopt een Roover. Dit zijn lukraak een aantal voorbeelden uit advertenties. Het spreekt voor zich dat het advertentiewezen, dat zich baseert op de grillen van de kapitalistische modemarkt, de indruk versterkt, als zou men zijn persoonlijkheid kunnen veranderen door de aanschaf van bepaalde produkten.

Volgens Duhm merkt ieder dagelijks de objectieve feitelijkheid van het bovenstaande, maar ook de eigen noodzakelijke betrokkenheid in dit proces. Doet men niet mee aan de concurrentie, dan wordt men sociaal uitgestoten. Het gevolg van dit proces is evenwel dat deze concurrentie geestdodend werkt en veel stress (psychische spanningen) met zich mee brengt. Men kan in de sociaalpsychologische literatuur veel aanstuitingen vinden op dit punt. Zo schrijft Defares (1976, p. 6) dat 'de persoon verwoede pogingen in het werk (stelt) om in het sociale verkeer met anderen de eigen status te verhogen en zich op deze wijze te beveiligen tegen de voortdurende bedreigingen, die het zelfbeeld zouden kunnen aantasten. De strijd die geleverd moet worden om status en aanzien te verwerven wordt dan op zich een extra stressbron'.

Door deze concurrentie worden de mensen vijanden en bedreigingen voor elkaar, terwijl voor de kapitalistische maatschappij deze situatie van economisch nut is. Het onderworpen zijn aan de

warenwet heeft op deze manier diepgaande consequenties voor het psychisch welzijn van de mens. De mensen moeten immers in bijna alle contacten zichzelf verkopen. De prestatie- en concurrentiemoraal brengt individualisering, sociale isolering en vijandschap te weeg. De mens verbergt zich achter een masker, waarin zijn maatschappelijke ruilwaarde, juist ook in zijn persoonlijke contacten, vervat zijn in de vorm van gekochte of overgenomen en aangeleerde eigenschappen. Het individu heeft daardoor een uiterst kwetsbare *consumptie-individualiteit* aangenomen; men vreest voortdurend deze te verliezen, omdat die consumptie-individualiteit steeds aan normen moet voldoen die aan voortdurende verandering onderhevig zijn. Daarmee wordt de consumptie-individualiteit uiterst instabiel. De mens wordt, aldus Duhm, hierdoor neurotisch, omdat hij de ander steeds als concurrent ervaart, die hem de loef zal afsteken of een bedreiging zal vormen, die zijn buitenkant kan ontmaskeren. De verschijningsvormen (symptomen) van wat Duhm naar voren brengt vinden we in de hulpverlening terug in een veelheid van problemen. We noemen er hier een aantal. Faalangst: de vrees te kort te schieten, niet te voldoen aan de gestelde normen; bestaansonzekerheid: gebrek aan vaste normen waarnaar men zich kan richten; identiteitscrises: door het voortdurend aannemen van karaktertrekken die van buitenaf worden opgelegd (consumptie-individualiteit) weet men op een gegeven moment niet meer 'wie men nu zelf is'; gevoelens van eenzaamheid: onbereikbaarheid voor en van de anderen, omdat men zich steeds anders voordoet dan men in werkelijkheid is; relatieproblemen: onder meer de angst voor de ander, die 'achter' het masker kan kijken en geslotenheid (niet over de diepste gevoelens praten), door de wederzijdse onbereikbaarheid en door het eisen stellen aan de individualiteit van de ander; ontwortelingsgevoelens: de vrees er niet bij te horen; generatieproblemen: door de strijd die kinderen leveren om hun eigen behoeften en persoonlijkheid door te zetten tegen de (maatschappelijk gewenste) eisen die de ouders aan de persoonlijkheid van de kinderen stellen. Dit zijn enkele heel oppervlakkige lijnen die getrokken kunnen worden tussen wat Duhm naar voren brengt en problemen die men in de hulpverlening tegenkomt.

Hoewel de analyse van Duhm vanwege haar interpreterend en speculatief karakter weinig objectieve bewijskracht lijkt te hebben en

verder niet ondersteund wordt door empirische gegevens, correspondeert deze wel met veel problemen die men in de hulpverlening tegenkomt en biedt de theorie daarvoor een bruikbaar interpretatiekader. Vooralsnog vraagt de theorie om nadere uitwerking, die van de kant van Duhm niet meer te verwachten valt, gezien de weg die hij is ingeslagen.^{45*} Een opmerkelijk feit is de enorme belangstelling die zijn werk vooral in de studentenbeweging heeft gehad en nog heeft. Blinkt zijn werk niet uit in bewijskracht, dat doet het wel in overtuigingskracht. Blijkbaar appelleert het werk van Duhm aan de gevoelsmatige beleving van velen en dit stelt ons voor een objectief feit, dat nader onderzocht dient te worden. Zo'n identificatie van de lezers met een auteur zien we ook, in nog sterkere mate, bij auteurs als Rogers, Maas en Maslow, die soortgelijke gedachten naar voren brengen, zij het meer toegespitst op hun verschijningsvorm in de problemen van mensen. Blijkbaar komt de instelling van dergelijke humanistisch georiënteerde auteurs overeen met de belevingswereld van veel cliënten en hulpverleners. Dit stelt ons voor een vraagstuk dat ruimer is dan de rationele of wetenschappelijke weerlegging, die men vaak tegenkomt bij auteurs die de benadering van de humanistische psychologie ter discussie stellen. Blijkbaar wint de emotionele identificatie het hier van de wetenschappelijke weerlegging. Zoals we zien heeft dit voor de hulpverlening zwaarwegende effecten, omdat een groot aantal hulpverleners zich laat inspireren door deze humanisten en volgens hun hulpverleningsmodellen te werk gaat. Zoals we hebben geconstateerd biedt de analyse van Duhm een breder en dieper verklaringskader dan dat van de humanistische psychologen, hoewel de uitgangspunten dicht bij elkaar liggen. Daarnaast sluit de analyse van Duhm aan bij een traditie die ouder is en die al in de vroegmarxistische discussie te vinden is bij auteurs als Lukács en momenteel bij bijvoorbeeld Schneider (1973).

2.2. De naar klassen specificerende benadering; andere verklarende empirische studies

Willen we de algemene inzichten die we in het voorgaande hebben beschreven bruikbaar maken voor de hulpverlening, dan zullen we

deze inzichten meer concreet moeten maken. We proberen dit te doen door intermediatoren op te sporen, die liggen tussen het optreden van psychische stoornissen en de sociale laag waartoe een cliënt behoort. Meer inzicht is nodig omdat het hier om verbanden gaat en niet om eenzijdig causale relaties. Alleen het feit dat men tot de laagste sociale laag behoort is immers niet voldoende voor het optreden van bepaalde psychische stoornissen. Wel blijkt het een belangrijke rol te spelen, maar slechts via een aantal factoren van intermediaire aard. Onze opdracht is nu te onderzoeken welke deze factoren zijn en hoe hun werking is.

In de hulpverlening gaat men er normaliter van uit dat het opsporen van oorzaken kan leiden tot een gericht behandelingsplan. Om het opsporen van oorzaken te vergemakkelijken maakt men meestal gebruik van een diagnostisch systeem, dat gezien kan worden als een 'checklist' van factoren en mogelijke oorzaken die men na moet trekken, als men uit wil zoeken welke oorzaken hebben geleid tot het optreden van psychische stoornissen. Zo kan men bepaalde oorzaken of factoren opsporen door bepaalde proeven of testen te laten afleggen door de cliënt. Elk diagnostisch systeem is beperkt en opgezet vanuit een bepaalde specialistische visie (bijvoorbeeld de medische).

Ik geef hier de voorkeur aan een breed diagnostisch systeem, omdat er bij psychische problemen meestal een groot aantal variabelen op verschillende niveaus meespeelt, waarmee zowel bij de diagnose als bij het therapeutisch handelen rekening gehouden zal moeten worden. We komen aldus tot de volgende lijst van variabelen die mogelijke bemiddelende factoren kunnen zijn bij het optreden van psychische problemen:

1. De extra-psychische variabelen, bestaande uit: a. De maatschappelijke variabelen, dat wil zeggen de historisch-maatschappelijke positie van de cliënt (de sociale laag waartoe hij of zij behoort); en b. De situationele variabelen, dwz. de materiële werk-, woon- en leefomstandigheden van de cliënt.
2. De inter-psychische variabelen: de wederzijdse relatie tussen de cliënt en zijn of haar sociale omgeving (gezin, familie, buurt, vriendenkring en andere interpersoonlijke banden).
3. De intra-psychische variabelen: de individualiteit van de cliënt en zijn of haar persoonlijke dispoities.

4. De ideologische variabelen: het ideologische en wereldbeschouwelijke denkkader van de cliënt.

5. De somatische variabelen, dwz. variabelen van fysieke en biochemische aard, zoals hersenbeschadigingen, maar ook lichamelijke gebreken die bijvoorbeeld kunnen leiden tot minderwaardigheidscomplexen.

6. De interdependentie-variabelen, dwz. variabelen die de wisselwerking tussen bovenstaande variabelen hepalen of beïnvloeden.

Naar mijn overtuiging vervult factor 1 in deze reeks een dominante rol, wat betekent dat hij tevens als belangrijkste interdependentievariabele optreedt. Dat wil zeggen dat de eerste factor de richting van de wisselwerking tussen de variabelen bepaalt. Tevens incorporeert de eerste variabele de andere variabelen, met andere woorden de andere variabelen zijn ondergeschikt aan de eerste factor. Eenvoudig voorgesteld betekent dat, dat veranderingen in de eerste factor leiden tot veranderingen in de andere variabelen, terwijl dit andersom wel kan maar niet per se zo zal zijn. Zo zijn veel individuele eigenschappen en psychische gesteldheden, alsmede de sociale omgeving en omgang van mensen klasse-gebonden. Dit vormt een belangrijke voorwaarde voor het inzicht in het waarom van de opeenhoping van psychische stoornissen in de onderste bevolkingslagen. Het hier geponeerde wil geenszins zeggen dat er sprake is van een eenzijdige gedetermineerdheid van de variabelen twee tot en met vijf door de eerste. De intra- en inter-psychische en ideologische variabelen zijn relatief onafhankelijk, omdat ze een heel specifieke eigenheid bezitten. Zo kunnen bepaalde maatschappelijke structuren wel leiden tot omgangsvormen die het optreden van eenzaamheidsgevoelens bevorderen, maar gevoelens van eenzaamheid kunnen alleen door het individu beleefd worden en zich in het individu uiten. We stellen dus voorop dat elk der verschillende niveaus in het bovenstaande variabelenschema eigen wetten en kenmerken heeft, terwijl de niveaus in feite ook een directe samenhang met elkaar vertonen. Het variabelenschema is daarom slechts een analyseschema, dat bij het analyseren van psychische problemen het onderscheiden van diverse factoren kan vergemakkelijken.

De sociaalpsycholoog Brückner zegt, dat het voorkomen van veel stoornissen in een bepaalde sociale klasse nog niet verklaart waar-

om een bepaald individu uit die klasse een stoornis krijgt, zolang er ook nog leden van die klasse zijn die onder dezelfde levensomstandigheden geen stoornissen krijgen. Wanneer hij het heeft over bepaald delinquent gedrag dat voornamelijk onder de laagste sociale laag voorkomt, zegt Brückner (1972, p. 96), dat de voorwaarden waaronder men leeft op zich niets doen, maar dat de onderzochte misdaad zonder die voorwaarden niet mogelijk zou zijn. De voorwaarden waaronder men leeft zijn voor de verschillende sociale lagen verschillend en ze oefenen weliswaar grote invloed uit, maar zijn niet alléén verantwoordelijk voor het optreden van een stoornis. Daarbij zijn ook de individuen zelf betrokken. De manier nu waarop maatschappelijke tegenstellingen hun weerslag in het individu vinden in de vorm van een stoornis, is een gecompliceerde aangelegenheid. Daarbij zijn een aantal bemiddelende factoren betrokken die meestal alle gebieden van de zojuist opgesomde reeks raken.

In case-studies van individuele cliënten is het vaak mogelijk (achteraf) een gesystematiseerd beeld te geven van de intermedia-toren die een rol hebben gespeeld in het ontstaansproces van de betreffende problematiek. Men kan dan een zinvol beeld geven van de causale en inter-causale verbanden van de bemiddelende factoren. Het is echter onmogelijk om een algemene theorie met voorspellingskracht op te stellen, waarin een overzicht wordt gegeven, met behulp waarvan duidelijk wordt welke bemiddelende factoren leiden tot welke problemen en ziektebeelden. Naar een dergelijke theorie zijn we ook niet op zoek. Het zou op onbegrip stoelen wanneer men een dergelijke verwachting koestert. Verschillende intermediaire factoren kunnen immers tot dezelfde problemen leiden en dezelfde intermediaire variabelen kunnen leiden tot verschillende problemen, of er treden misschien helemaal geen problemen op. Men zou bij een dergelijke verwachting wederom op zoek zijn naar een statische theorie, terwijl men het heeft over voortdurend veranderende mensen en maatschappelijke verbanden.

Het analyseschema is een hulpmiddel, waarmee men iedere keer weer kan werken, maar men kan er geen simpele causale theorieën mee opstellen. Het gaat ons er om meer zicht te krijgen op de complexiteit van de intermediaire factoren en op de bruikbaarheid van deze benadering voor de hulpverlening. Om op dit brede en onoverzichtelijk terrein enigszins greep te krijgen hebben we ervoor gekozen de intermediaire factoren in te delen volgens het

variabelenschema. Factor Ia zullen we hieronder niet meer apart behandelen, omdat de invloed van de sociale laag op het optreden van psychische stoornissen in de vorige paragraaf voldoende aanbod is geweest. Bij de andere variabelen gaat onze interesse vooral uit naar de manier waarop deze variabelen werkzaam zijn in de onderste bevolkingslagen, omdat zich daar immers de psychische problemen opeenhopen en voor dit feit zoeken we een verklaring. We zullen ons in het onderstaande laten leiden door de vraag: welke invloed heeft de betreffende variabele of factor op het gegeven, dat psychische problemen meer voorkomen in de onderste bevolkingslagen? We zullen zien dat de sociale laag niet alleen iets zegt over inkomen, beroep, status en woonsituatie, maar ook over individualiteit, sociale verbanden, bewustzijn etc.

2.2.1. De situationele variabelen: de werk-, woon- en leefomstandigheden

De sterk hiërarchische indeling van onze maatschappij steit ons voor het objectieve feit, dat er rijke en arme mensen zijn. In de verschillende sociale lagen bestaan dan ook verschillende woonomstandigheden. De hogere sociale lagen zijn ruim behuisd, hebben veel speelruimte voor de kinderen en wonen in goed geoutilleerde en groene buurten. De hogere lagen verkeren in goede leefomstandigheden: ze kunnen luxueus, gezond en veilig leven en ze zijn betrokken bij culturele aangelegenheden. Daarnaast hebben de hogere sociale lagen goede en veelal gezonde werkomstandigheden: ze dragen verantwoordelijkheid, werken zelfstandig of hebben mensen onder zich, hebben veel vrijheid en privileges en kunnen veel van hun creativiteit kwijt.

De lagere sociale lagen leven in kleine huizen of in grote flatgebouwen, hebben weinig speelruimte voor de kinderen, weinig groen, slechte openbare voorzieningen en ze hebben vaak last van verkeerslawaaï en van fabrieksoverlast. In de werksituatie bekleeden ze een ondergeschikte positie, waardoor hogergeplaatste

werknemers hun agressie op hen kunnen ontladen. De mensen uit de laagste klassen kunnen dit niet, tenzij op jeugdige en buitenlandse werknemers; vaak zien we dat zij hun opgekropte ontevredenheid thuis afreageren. Vaak verricht men ongezond werk en, als gevolg van de arbeidsdeling, monotone technische handelingen, waarin men geen van zijn creatieve vermogens kwijt kan. De materiële leefomstandigheden liggen dicht bij het maatschappelijke bestaansminimum. De deelname aan culturele activiteiten is minimaal of niet aanwezig. Het geld dat men heeft wordt veelal niet gependeed aan goed en gezond eten, maar aan statusverhogende 'projecten' zoals auto's, die meestal de fertelijke financiële status die men heeft te boven gaan.

In het onderzoek dat gedaan is om te kijken wat de gevolgen zijn van deze maatschappelijke verschillen voor de psychische gezondheid, wordt bewezen dat de omstandigheden waarin de lagere sociale lagen leven oorzaak of aanleiding zijn van een slechte psychische gezondheid. De invloed van de diverse factoren die hierin een rol spelen zullen we hieronder nader bekijken.

a. de werkomstandigheden

De Italiaanse psychiater Jervis (1974, p. 37) citeert een onderzoek van Mayo uit 1933,⁴⁶ waarin duizenden fabrieksarbeiders werden geïnterviewd. Daaruit werd duidelijk dat velen neurotische stoornissen hadden opgelopen onder invloed van de wijze waarop de arbeid was georganiseerd. Mastrangeli (zie Jervis ea., 1974, p. 40) deed een onderzoek naar de fysieke en psychische toestand van arbeiders in een metaalverwerkingsbedrijf in de Italiaanse plaats Bertolini. Hij kwam tot de conclusie dat zware spierarbeid eerder leidt tot fysieke klachten, maar dat psychische klachten vaker optreden in 'de sterker geautomatiseerde afdelingen, waar de arbeid fysiek en psychisch sterker van de machine afhankelijk, monotoner en door voortdurende herhaling gekarakteriseerd is'.

Modernisering en rationalisering hebben tal van ongewenste psychische gevolgen voor de arbeiders. Zo leidt het MTM-systeem, waarbij voor elke arbeidshandeling een bepaalde minimumtijd als norm wordt gesteld, tot een stijging van het aantal arbeidsongevallen, maar

ook tot, wat Schneider noemt, tijdsneurosen (1973, p. 231). Deze tijdsneurose omschrijft Schneider als een voortdurende toestand van nervositeit en geprikkeldheid, die veroorzaakt wordt door de angst het voorgeschreven aantal arbeidshandelingen niet binnen de gestelde tijd te halen en door de angst dat de norm wordt opgeschroefd als die wel wordt gehaald.

De veel voorkomende geluidsoverlast in fabrieken kan blijkens onderzoek⁴⁷ leiden tot spijsverteringsstoornissen, vermindering van maagsapafscheiding, verschuivingen in het endocriene systeem en veranderingen in de werking van de bijnier. Ook kunnen er evenwichts- en hartstoornissen optreden. De Aktiegroep Medicijnen Nijmegen, die voornamelijk de somatische kanten van de werksituatie bestudeert, zegt over de geluidsoverlast in fabrieken: 'Behalve het feit dat lawaai het onmogelijk maakt om goed uit te rusten en zo vermoeidheid en uitputting tot gevolg kan hebben, heeft lawaai-overlast ook een directe invloed op het vegetatieve zenuwstelsel (...). Kalsbeek en Ettema onderzochten de invloed van lawaai op de hersenen. Zij konden aantonen dat een lawaai-sterkte van tachtig decibel zestig procent van de hersenen permanent in beslag nam en uitschakelde voor informatieverwerking. Op deze wijze werd het overblijvende hersengedeelte overbelast, waardoor snelle vermoeidheid optrad. Alles bij elkaar hoeft het dan ook niet onze verwondering te wekken dat de omgang met anderen, zowel thuis, in het gezin als op het werk, wezenlijk meer gestoord is bij de bovengenoemde, met lawaai belaste arbeiders. Het is dan ook niet verwonderlijk dat het ziekteverzuim op afdelingen met veel geluidshinder hoger is' (p. 227). Gelijksoortige stoornissen als bij de geluidsoverlast treden ook op in de volcontinuïensdienst. Schneider citeert onderzoeken⁴⁸ waaruit blijkt dat naast hart- en vaatziekten en spijsverteringsmoeilijkheden zenuwstoringen optreden, huwelijksmoeilijkheden, slapeloosheid en geprikkeldheid. De Aktiegroep Medicijnen Nijmegen noemt legio onderzoeken, waarin men tot de bevinding komt dat de meeste ploegarbeiders last hebben van slapeloosheid en spijsverteringsmoeilijkheden en dat bij hen veel maagzweren voorkomen (p. 275 ev.).

De houding van de arbeider ten opzichte van zijn werk is een belangrijke factor, als we het psychisch functioneren bestuderen in de werksituatie. We zullen hieronder enige onderzoeken bekijken waarin bestudeerd werd welke invloed de werksituatie heeft op de houding die de arbeider heeft tegenover zijn werk. Reeds in 1930

werd door Culpin en Smith⁴⁹ onderzoek gedaan op dit vlak en zij kwamen tot de bevinding dat er een relatie bestaat tussen de ontevredenheid van de arbeider met het werk en het optreden van psychische stoornissen. Als oorzaken noemen zij een te verre verwijdering van het produkt van de arbeid (vervreemding) en een te rigide organisatie van de arbeid met weinig kansen op promotie en verandering. Fraser⁵⁰ onderzocht in 1947 een populatie van 3083 industrie-arbeiders en kwam tot dezelfde conclusie als Culpin en Smith. Bepalende factoren waren volgens hem eentonige vervelende arbeid, slechte arbeidsvoorwaarden, overmatige inspanning van de ogen en weinig ruimte voor eigen initiatief en verantwoordelijkheid. Alle personen die in het onderzoek werden betrokken waren vooraf geselecteerd op het criterium, dat ze zich in de voorgaande jaren niet ziek hadden gemeld. In zijn klassiek geworden studie bij het Philipsconcern onderzocht Alphen de Veer⁵¹ de geestelijke gezondheid van mannelijke en vrouwelijke arbeiders. Hij kwam tot de ontdekking dat 40 procent van de onderzochten psychische of psychosomatische stoornissen had. De arbeiders met te moeilijk en te verantwoordelijk werk (naar eigen inschatting), maar ook de arbeiders met te monotoon werk, dat te weinig ruimte bood voor eigen initiatieven en te veel concentratie vergde, vertoonden het grootste aantal psychische stoornissen. Degenen die de sterkste vorm van stoornissen vertoonden klaagden het hardst over het gebrek aan beslissingsmogelijkheden bij het werk.

Gleiss ea. noemen nog een aantal studies op dit gebied en hiervan is vooral de zeer gedetailleerde en veelomvattende studie van Kornhauser het vermelden waard.⁵² Hij kwam tot de bevinding dat naarmate de positie van iemand in het bedrijf hoger was het ook beter gesteld was met zijn psychische gezondheid. De ongeschoolde arbeiders die repetitieve arbeid verrichtten waren er het slechtst aan toe. Kornhauser kwam tot de ontdekking dat het geen gebruik kunnen maken van de eigen vaardigheden de grootste invloed uitoefende op het optreden van psychische stoornissen. Andere factoren die van invloed waren: de onzekerheid over het behoud van de arbeidsplaats, de slechte verhouding tot collega's en chefs, het gebrek aan promotiekansen (zie ook Aktiegroep Medicijnen Nijmegen, p. 231), het werken in te grote bedrijven (onoverzichtelijkheid van het arbeidsproces) en een te geringe verdienste.

Een psychische stoornis treedt meestal op bij een combinatie

van deze factoren. In een overzichtsartikel komt Abholz (1970) tot dezelfde bevindingen. Gardell⁵³ komt tot de conclusie dat arbeiders die moeten produceren in een door machines gedicteerde produktielijn het vaakst psychische stoornissen vertonen. Hoe meer handelingsvrijheid men heeft en hoe meer er aanspraak wordt gemaakt op de opleiding (kwalificatie) die men heeft gehad, des te beter is het gesteld met de psychische gezondheid. Hierbij moet vermeld worden dat het in onze maatschappij gebruikelijk is, dat iemand geen verdere opleiding geniet of nieuwe vaardigheden en bekwaamheden aanleert, wanneer hij zijn opleiding heeft beëindigd en in een fabriek gaat werken. Dit geldt niet voor de hogere beroepen en voor veel ambtenaren, die vaak bijscholing krijgen. Voor een normale arbeider stopt zijn ontwikkeling op het moment dat hij gaat werken, dus nog voor zijn twintigste jaar. Momenteel bestaat er een tendens tot regelmatig terugkerende bijscholing of omscholing, wanneer arbeidsintensieve produktietakken naar het buitenland worden verplaatst. Over het algemeen geldt alleen voor de hogere beroepen, dat men door middel van zijn werk nieuwe bekwaamheden kan ontwikkelen en zijn mogelijkheden kan uitbouwen. Voor de arbeider geldt, dat hij het grootste deel van zijn leven de door hem aangeleerde vaardigheden bij herhaling toepast. Zoals we zagen leidt dit tot het optreden van psychische stoornissen, maar ook anderszins heeft het een remmende invloed op de ontwikkeling van de persoonlijkheid van de arbeider (zie Sève, 1973).

b. de woonomstandigheden

Zoals eerder gezegd hebben ook de woonomstandigheden invloed op het psychisch welzijn van mensen. In onze alledaagse ervaringen kunnen we het verschil in de woonomstandigheden van de verschillende sociale lagen overduidelijk zien. Uit het reeds geciteerde onderzoek van Leighton bleek dat het wonen in overbevolkte stadskernen en slums sterk correleert met het optreden van psychische stoornissen. De belangrijkste bemiddelende factor bleek in dit onderzoek de mate van sociale desintegratie te zijn. Ook Loring, geciteerd door Strotzka (1972, p. 11), onderzocht dit en constateerde een duidelijke relatie tussen woondichtheid en sociale des-

integratie.

Wolff en Hartung citeren een onderzoek van Faris en Dunham uit 1933,⁵⁴ waaruit blijkt, dat 'het grootste gedeelte van de psychisch zieken in de stadskern woont en in overgangsgebieden, dat zijn die gebieden die als rosse buurten, slums en gastarbeidersbuurten bekend staan' (Wolff en Hartung, 1972, p. 27). Volgens Strotzka (1972, p. 113) heeft Dunham aangenomen dat de oorzaak van de door hem beschreven opeenhoping van psychisch gestoorden gelegen is in de sociale isolering in dergelijke buurten. Häfner ea.⁵⁵ voerden in Mannheim een soortgelijk onderzoek uit als dat van Faris en Dunham. Zij onderzochten de ecologische verdeling van psychische ziekten (eerste behandeling) in relatie met de woonomstandigheden. In de stadskern (hoge woondichtheid, veel huurwoningen, hoge kindersterfte) werden de hoogste incidentieratio's aangetroffen. Strotzka zegt: 'Uit een eigen onderzoek (...) bleek, dat patiënten, die – voornamelijk vanwege neurosen – in ambulante psychotherapie zijn, zich bij een onderzoek, waarbij ze met behulp van vragenlijsten geïnterviewd werden, duidelijk onderscheidde van de overige bevolking met betrekking tot woontoestanden en wensen ten aanzien van behuizing. Zij hadden met betrekking tot de eigen woning wezenlijk meer irreële wensen, waren veel meer te verstoren door allerlei invloeden (in het bijzonder door lawaai) en hadden een grotere behoefte aan zekerheid' (Strotzka, 1972, p. 113).

Een punt waar in de onderzoeken over het algemeen weinig aandacht aan besteed wordt, maar dat bijvoorbeeld sterk van invloed is op de psychische ontwikkeling van kinderen uit de lagere sociale milieus, is de kleine behuizing. Brückner (1972) en Vinnai (1975) besteden hier wel aandacht aan. Zij stellen, globaal weergegeven, dat arbeidersgezinnen vaak veel kinderen hebben, maar daartegenover klein behuist zijn. De kinderen hebben dus geen eigen kamer, waar zij zich kunnen terugtrekken, bijvoorbeeld bij ruzies en conflicten. Dit heeft een remmende invloed op de sociaal-emotionele en cognitieve ontwikkeling van de kinderen, ze hebben immers minder mogelijkheden zich zelfstandig te ontwikkelen. Ontstane conflicten kunnen niet op een vruchtbare wijze opgelost worden, omdat de ouders een autoritaire houding aannemen. Machtverhoudingen en hiërarchie spelen immers een belangrijke rol in conflictsituaties. Het kind krijgt daardoor in zo'n situatie niet de gelegenheid vrijwillig een eigen houding aan te nemen

tegenover het ontstane conflict, wat wel mogelijk is wanneer men een eigen kamer heeft waarop men zich kan terugtrekken. In de lagere sociale lagen zien we dan ook dat conflicten 'opgelost' worden via regels van gehoorzaamheid. Voorts noemt Brückner als belangrijk gevolg van het ontbreken van een eigen kamer, dat creatieve vermogens van het kind zwak ontwikkeld worden. Omdat men voortdurend alles samen moet doen en bij conflicten gedwongen is één lijn te trekken om de situatie leefbaar te houden, wordt het discriminerend vermogen ten opzichte van de eigen individualiteit geremd. Ook moet agressie vaak opgekropt worden. Daartegenover staat dat men ten opzichte van de buitenwereld gemakkelijker een eensgezinde solidaire houding kan aannemen.

Men zou veel meer gevolgen op kunnen noemen, zoals gevolgen van de geringere speelruimte die kinderen hebben, het wonen in over het algemeen drukke straten met veel geluidsoverlast etc. Het is mijn bedoeling echter niet hier uitputtend te zijn, maar mogelijke verbanden en gevolgen van materiële omstandigheden aan te geven. Deppe (1970, p. 133) geeft een overzicht van relevante literatuur op dit gebied, waarin ook bovengenoemde resultaten worden bevestigd.⁵⁶

c. de leefomstandigheden

Een belangrijke stressbevorderende factor in het leven van de laagste sociale klasse is de grote onzekerheid ten aanzien van de toekomst. Door de sociale voorzieningen in de welvaartsstaat zijn weliswaar de materiële risico's bij werkloosheid verminderd, maar toch blijft de leefsituatie vol onzekerheden. Het gevoel overgeleverd te zijn aan beslissingen van anderen en aan niet beheersbare economische machten is bij de lagere sociale lagen groter dan bij de hogere. De pathologische effecten van deze levensonzekerheid zijn meermalen aangetoond. De onderzoeker Brenner heeft een aantal studies uitgevoerd naar de samenhang tussen economische crises en psychische stoornissen.⁵⁷ Zijn bevinding was, dat er, vooral bij de laagste sociale lagen, een directe relatie bestond tussen economische crises en behandelde prevalentie. In de onderste sociale lagen zijn de gevolgen van crises en ontslagen direct te merken in de mate van psychische gezondheid. Een veelheid van on-

derzoeken bevestigt dit. Werner en Ross (in: Seidel, 1972, p. 26) vonden dit verband bij (dreigend) ontslag, Jahoda ea. (Seidel, 1972, p. 26) constateerden dit in een onderzoek onder werklozen, en Strotzka en Leitner⁵⁸ deden dezelfde bevinding tijdens de crisis in de staalindustrie in 1967.

Een belangrijk punt van onderzoek is, welk verband er bestaat tussen werkloosheid en psychische stoornissen. Gleiss ea. noemen tal van onderzoeken op dit gebied.⁵⁹ In een recente studie beschrijft Ovesen (1977) de verschillende psychische gevolgen van werkloosheid. Zij noemt onder andere de volgende gevolgen op: 'Een werkloze wordt gevoelsmatig instabiel, wat onder andere blijkt uit een grotere gevoeligheid en irritabiliteit. Hij voelt zich overbodig en onbruikbaar en gelooft niet dat het bestaan nog zin heeft. Hij raakt zijn zelfvertrouwen en zelfrespect kwijt en zijn levensvreugde neemt af. Hij wordt verbitterd, maar voelt tegelijkertijd een persoonlijke schuld. Hij verliest het contact met zijn collega's en voelt zich geïsoleerd van de gemeenschap' (p. 19). De voortdurende dreiging ontheemd te worden, enerzijds ontslag te krijgen op het werk in crisistijden, anderzijds uit huis gezet te worden of weggesaneerd te worden en de onzekerheid over de toekomst van de kinderen brengen een voortdurende spanning met zich mee. De enige zekerheid die men heeft is de wetenschap dat de zwaarste klappen in crisistijden in de onderste bevolkingslagen vallen.

Tot nu toe zijn we voorbijgegaan aan de buitenlandse werknemers, die tegenwoordig een aanzienlijk deel uitmaken van de actieve beroepsbevolking. Voor deze groep blijkt het welzijn nog veel kleiner te zijn. Buiten de factoren die voor de onderste sociale laag in zijn geheel gelden, speelt bij hen een belangrijke rol de ontheemdheid en het leven in een vreemde cultuur, waarvan men de normen nauwelijks begrijpt. De hiermee samenhangende nostalgische reacties roepen specifieke ziektebeelden op. Deze uiten zich in het begin in heftige emotionele reacties (het zogenaamde 'mamma-mia syndroom'), later in psychische overgevoeligheid, prikkelbaarheid, agressiviteit en depressieve stemmingen, slapeloosheid en lusteloosheid. Na enige maanden treden meer psychosomatische reacties op: hoofdpijn, maag- en darmklachten, duizelingen en dergelijke. Door het zoveel mogelijk verbergen van deze gevoelens en klachten en door de taalproblemen bij de communicatie met hulpverlenende instanties en door hun zwakke juridische

positie worden de problemen meestal alleen maar erger. Riedesser (1973) geeft een goed overzicht van deze problematiek.

2.2.2. De inter-psychische variabelen

Het karakter en de samenstelling van de sociale omgeving van een cliënt wordt in hoge mate bepaald door de maatschappelijke positie die hij inneemt. Het voor de verschillende lagen specifieke karakter van de omgangsvormen binnen het gezin, de buurt en de vriendenkring komen in hun meest algemene vorm tot uitdrukking in de zakelijke omgang in de hoogste sociale klasse, de meer flexibele omgang in de middenlagen en de starre omgangsvormen in de laagste klasse.

In de onderste sociale lagen bestaat er binnen het gezin een star rollenpatroon. Het huwelijk is minder stabiel dan in de midden- en bovenlagen. De lage economische status heeft hier blijkens onderzoek⁶⁰ veel invloed op (met name op het aantal echtscheidingen⁶¹). In de huwelijken in de lagere sociale klassen wordt meer gestreden en worden minder gesprekken gevoerd. De weinig bevredigende arbeid leidt nogal eens tot het afreageren van spanningen thuis. Er bestaat voorts een bijzonder sterke scheiding tussen de rollen van de man en de vrouw: ze hebben weinig gemeenschappelijke interessen. Seksueel is er weinig tederheid en een sterke rolverdeling, met als gevolg seksuele onbevredigdheid in het huwelijk.⁶² Bovendien worden er weinig voorbehoedmiddelen gebruikt, waardoor er te veel kinderen komen, die ook weer een belasting vormen voor de financiële status.⁶³ De omgang met familie, buurt en vrienden is nogal eens vijandig en wordt in conflictsituaties vaak beheerst door agressief optreden.

Heel vaak proberen mensen in hun vrije tijd boven hun stand te leven, dwz. zij besteden geld aan zaken die hun budget net te boven gaan. Dit komt voort uit het verlangen de eigen klassepositie te overstijgen (statusconcurrentie). Vaak levert dit binnen het gezin conflicten op over de besteding van het inkomen. De krampachtige pogingen tot statusverhoging hebben een isolerend effect op buurt en vrienden, omdat men juist ten opzichte van hen gewikkeld is in een concurrentiestrijd binnen de consumptiesfeer. Een belangrijke rol in het consumptiepatroon wordt gespeeld door

de reclame, die veel meer belooft aan rijkdom en materiële mogelijkheden dan bereikbaar is voor de leden van de onderste sociale lagen. Deze discrepantie tussen het eigen bezit en datgene wat door de reclame als bereikbaar wordt aangeboden brengt een voortdurende spanning, frustratie en gevoel van mislukking met zich mee. De pathogene werking hiervan wordt door veel onderzoeken⁶⁴ bevestigd. Zonder twijfel is het een van de belangrijkste stressbevorderende factoren in het leven van de laagste klassen. Het verlies aan prestige dat op deze manier optreedt schijnt hierbij een soort scharnierfunctie te vervullen.

Frumkin neemt aan dat het verschil in prestige tussen de diverse sociale lagen een zwaardere stressbron is dan het verschil in inkomens op zich (Deppe, 1970, p. 135). Nijhof (1972, p. 124) hierover: 'Woningnood, grote woondichtheid, dwz. veel mensen in een klein huis, werkloosheid, collectief ontslag en bedreiging daarmee, een gering maatschappelijk aanzien, discriminatie, geringe mogelijkheden tot persoonlijke ontwikkeling en maatschappelijke vooruitgang, dat zijn alle stressfactoren die zich concentreren in de 'lagere' strata van onze samenleving. De bedreigende invloed daarvan op gevoelens van eigenwaarde en daardoor op de psychische gezondheid is aangetoond.' Het niet gemeten van maatschappelijk aanzien wordt vaak toegeschreven aan het eigen falen en dit roept de genoemde schuldgevoelens op. Wanneer de onderlinge status-concurrentie, dus het trachten om de eigen status op krampachtige manier te verhogen, niet van belang zou zijn zouden daardoor minder pathologische effecten optreden. Uit een onderzoek van Murphy blijkt het volgende: 'Onder de Maleiers in Singapore schijnt sociaal prestige over het algemeen slechts een geringe rol te spelen in het waardenpatroon en het is dan ook niet verbonden met beroep en inkomsten; dit nu schijnt in verband te staan met het feit, dat de verschillen tussen de sociale lagen bij deze bevolkingsgroep geen rol spelen bij de psychiatrische hospitalisering' (Strotzka, 1972, p. 101).

De sociale omgeving vervult een belangrijke functie in de socialisatie van de kinderen. In de opvoeding treft men wederom een sterk klassenonderscheid aan, zowel wat betreft de waarden en normen als wat betreft de manier waarop ze overgedragen worden. De stijl van opvoeden is in de onderlagen veel rigider dan in de bo-

venlagen. Ouders in de onderlaag zijn streng ten opzichte van de seksuele uitingen van het kind, ze laten het kind weinig mogelijkheden tot een onafhankelijke ontwikkeling, slaan het vaker, en ze verwachten blinde gehoorzaamheid, kortom het kind wordt opgevoed tot conformiteit.

Het gedrag van kinderen uit de onderste sociale lagen is meer geïntendeerd op straffen en sancties, dus gehoorzaamheid aan hen die macht over hen uitoefenen, terwijl in de middenlaag de nadruk ligt op internalisering van waarden en op inzicht in het waarom van gestelde normen. Ouders uit de middenlaag kunnen zich veel beter verplaatsen in de situatie van het kind, in de onderlaag daarentegen wordt gehoorzaamheid zonder meer geëist; de opgekropte agressie en het humeur van de ouders bepalen veelal de strafmaat voor het kind, waardoor de zwaarte van straffen van het toeval afhankelijk en dus consequent is.

Walters ea.⁶⁵ hebben een empirische studie verricht en zij kwamen tot de slotsom dat ouders uit de onderlaag veel minder spelen met hun kinderen dan die uit de middenlaag (de verhouding was 1 : 250!). Kinderen uit de onderlaag ontwikkelen zich daardoor minder gedifferentieerd. Omdat de vrouw slecht contact heeft met de man, bindt zij zich sterk aan het kind. De vader vormt voor de kinderen in veel gevallen geen identificatie-object, omdat hij weinig bezit of omdat hij vaak agressief is. Uit de Midtown Manhattan Study bleek dat psychische stoornissen vaker optraden, wanneer niet beide ouders als identificatie-objecten konden worden gezien.

De Duitse socioloog en psycholoog Vinnai (1975, p. 14 ev.) heeft een onderzoek gedaan naar de schizofrene werking van de gezinsstructuur, maw. naar structuren in het gezin die leiden tot schizofreen gedrag. Daarbij maakte hij gebruik van de studies van Bateson en zijn school. Hij komt tot de bevinding dat schizofrenogene gezinnen star van structuur zijn en autoritair in de machtsverhoudingen. De leden van dergelijke gezinnen vernietigen elkaars identiteit: als meningen uiteenlopen moeten ze bijeengebracht worden, ook als dit de emancipatie van de afzonderlijke leden verhindert. Eigenschappen als flexibiliteit en fantasie worden op die manier onderdrukt. De behoefte om spanningen en ongewenste afwijkingen van het gangbare te onderdrukken roept infantiele afweermechanismen op van de kant van de ouders. Als een zeer belangrijk afweermechanisme noemt Vinnai 'scape-goating', waarbij

meestal het zwakste gezinslid tot zondebok wordt gemaakt van alles wat niet naar wens verloopt. Hier doen zich ook de bekende double-bind situaties voor, waarin kinderen geconfronteerd worden met een veelvoud van tegenstrijdige verlangens en eisen van de kant van de ouders, een van de belangrijkste oorzaken voor het ontstaan van schizofrenie. Een ander veel voorkomend afweermechanisme is 'loochening', het verhullen en tot taboe maken van ongewenste zaken. De kinderen worden op deze manier aan het afweersysteem van hun ouders onderworpen. Myers en Roberts⁶⁶ kwamen in onderzoek tot de bevinding dat schizofrenogene gezinnen in de onderste sociale lagen vooral gekenmerkt werden door emotionele koeite, terwijl overprotectief gedrag van de kant van de ouders meer typerend was in de middenlaag. Over de opvoedingsstijlen zegt Bernstein (in Vinnai, 1975, p. 30), dat deze in de hogere klassen persoonsgeoriënteerd is (gericht op de ontwikkeling van de individualiteit), maar in de arbeidersklasse statusgeoriënteerd (gericht op het voldoen aan rolleneisen).

Vinnai tenslotte nog over de opvoeding in de arbeidersklasse (1975, p. 46): 'De collectieve inperking van de levenskansen leidt tot persoonlijkheidsvervormingen, die deze inperkingen psychisch meer verdraagbaar maken. Volgens de onderzoekingen van Miller en Swanson gebruiken vooral de onderste lagen van de arbeidersklasse afweermechanismen (...) zoals projectie en vertoochening (ontkenning). Dit is naar hun interpretatie de consequentie van de opvoedingsstijl van de ouders, die wordt gekenmerkt door het naar willekeur uitoefenen van macht, door het gebruik maken van harde fysieke straffen, het stellen van irrationele eisen en het achterwege laten van beloningen'.

Ik heb hier een korte indruk gegeven van enige aspecten van de socialisatie en hun relevantie voor de hulpverlening, maar met het bovenstaande is slechts een beperkte opvatting van socialisatie aan bod gekomen. In de Amerikaanse literatuur wordt over het algemeen de bestudering van het socialisatieproces beperkt tot opvoedingspraktijken in het gezin (vergelijk Zigler en Child, 1969). Men verricht hoofdzakelijk descriptief onderzoek door middel van schriftelijke vragenlijsten en mondelinge interviews, nauwelijks door (participerende) observatie. Er is geen sprake van degelijke begripsvorming over het verloop en de inhoud van het socialisatie-

proces. Men constateert dat opvoedingspraktijken in de ene sociale klasse rigider zijn dan in een andere sociale klasse; in een ander onderzoek ontdekt men dat in de lagere klassen een nadruk op 'gehoorzaamheid zonder meer' wordt gelegd, hetgeen leidt tot een oriëntatie op uiterlijke gedragsnormen, terwijl in de middenklasse veel meer gelet wordt op de intentie achter de handeling en het gedrag in het algemeen, hetgeen een oriëntatie op innerlijke gedragsnormen tot gevolg heeft (Kohn, 1959). Het waarom van deze verschillen wordt door dergelijk onderzoek geenszins duidelijk. Men concentreert zich op de opvoedingsstijlen zoals men die in eerste instantie waarneemt. Dit leidt er toe, dat men tot allerlei losstaande feiten en constateringën komt, zonder dat er sprake is van inzicht in en verklaring voor socialisatieprocessen.

Echter, juist in de socialisatie – als overdrachtsproces van (inhoudelijke) waarden, normen, attitudes en gedragspatronen – komt de onderlinge samenhang tussen extra-, inter- en intra-psychische variabelen sterk tot uiting. Het hoe en het waarom van socialisatieprocessen in bijvoorbeeld het gezin wordt pas inzichtelijk tegen de bredere maatschappelijke achtergronden, zoals de werk-omstandigheden van de ouders. Wanneer men deze zaken aan elkaar koppelt kan men tot meer inzicht komen. Zo ontdekten Pearlin en Kohn (1966) dat degenen, die een beroep uitoefenden dat een groot verantwoordelijkheidsgevoel vereiste, in hun opvoeding grote waarde hechtten aan de ontwikkeling van zelf-controle; degenen die in hun werk nauwelijks verantwoordelijkheden kenden, legden daarentegen meer nadruk op uiterlijke gehoorzaamheid. Op deze manier ontstaat meer inzicht in de verbanden, die Kohn (1959) eerder reeds beschreef (zie boven). Ook uit andere onderzoeken blijkt een duidelijk verband tussen de werk-omstandigheden van de ouders en socialisatieprocessen (zie Drijvers ea., 1976, p.116 ev.).

Mijn opvatting is dat men bij het bestuderen van socialisatieprocessen de extra-, inter- en intra-psychische variabelen in een zinvolle samenhang moet onderzoeken. Zowel in onderzoek als in de theorievorming zal daarbij de arbeid als centrale categorie moeten fungeren om tot verklarende inzichten te kunnen komen. Zinvolle aanzetten daartoe zijn gedaan door Hurrelman (1976) en Leithäuser (1976). Voor meer traditionele studies verwijzen we naar elders⁶⁷. Het belang van socialisatietheorieën voor de hulpverlening is duidelijk: men kan met behulp van deze theorieën bevorderen, dat hulpverleningsmethoden beter aansluiten op de

hulpvraag en men kan beter begrijpen wanneer men een cliënt aanpast aan zijn leefsituatie en maatschappelijke normen en wanneer niet. Dit laatste is vooral van belang, wanneer dergelijke normen zelf oorzaak of medeoorzaak zijn voor het ontstaan van psychische problemen.

Onder inter-psychische variabelen verstaan we meer dan we hier hebben behandeld. We hebben ons beperkt tot enkele saillante variabelen. Tot dit gebied rekenen we echter ook aspecten als omgang met vrienden, buurt- en kroegleven, stigmatiserings- en uitstotingsprocessen, verenigingsverbanden, seksuele relaties e.d. Deze aspecten worden hier evenwel niet verder uitgewerkt.

2.2.3. De intra-psychische variabelen

Onder intra-psychische variabelen verstaan we in deze context de individuele eigenschappen van mensen uit diverse sociale lagen en hun persoonlijke disposities. Het gaat ons hier niet om kleine karakterverschillen, die van ondergeschikt belang zijn, maar om klasse-specifieke karaktereigenschappen, die van groot belang zijn voor de manier waarop een individu reageert op een stress-situatie. Gleiss ea. (1973, p.16) hierover: 'De intellectuele bekwaamheden, de psychische structuren, de mentaliteit en de morele attitudes van het individu ontwikkelen zich in de activiteit en vanuit het concrete omgaan met de (sociale) omgeving. Dit betekent, dat de materiële en sociale voorwaarden voor de ontwikkeling van het individu zich weerspiegelen in zijn psychische structuur.'

Als zich een stress-situatie voordoet reageert het individu normaliter met een afweerreactie; hij maakt daarbij gebruik van bepaalde psychische verdedigingsmechanismen. In de vorige paragraaf hebben we gezien dat deze afweermechanismen juist in de onderste bevolkingslagen vaak niet afdoende zijn om een stress-situatie het hoofd te bieden. Maar stress-factoren hopen zich juist op in de onderste bevolkingslaag en zij vertonen een sterke correlatie met het optreden van psychische stoornissen. Zo kwamen Langner en Michael in hun Midtown Manhattan Study tot de ontdekking dat de zwaarte van de psychische stoornis correleerde met het aantal en de zwaarte van de stress-factoren. Tevens werd aangetoond dat de onderlaag gevoeliger reageert op stress-factoren dan

de bovenlaag. Het ligt voor de hand te veronderstellen dat de persoonlijkheidsvariabelen hierbij een grote rol spelen.

Defares (1976, p.6) geeft aan, dat de onvoorspelbaarheid van de situatie en het ontbreken van vertrouwen aanleiding geven tot het ervaren van stress. Bij de behandeling van de leefomstandigheden van de onderste bevolkingslagen werd duidelijk dat hun leefsituatie vol onzekerheid is en dat belangrijke gebeurtenissen daarin onvoorspelbaar zijn: ze gebeuren plotseling als gevolg van zaken die buiten hen om gebeuren (bijvoorbeeld massaal ontslag). Een belangrijke hierbij komende factor is dat arbeiders slechts een gering vermogen hebben om te anticiperen op de toekomst door gebrek aan kennis en inzicht met betrekking tot de feitelijke sociale verhoudingen. De onvoorspelbaarheid als bron van stress werd in onderzoek aangetoond door Groen en Bastiaans⁶⁸. Defares concludeert op basis van sociaal-psychologisch onderzoek dat elk mens streeft naar een positief zelfbeeld. Een negatief zelfbeeld wordt bij mensen in de onderste bevolkingslagen in hoge mate bevorderd door een aantal condities in het socialisatieproces, zoals emotionele verwaarlozing, onvoldoende identificatiemogelijkheden met een ouder-figuur, overmatige kritiek en te weinig lof van de kant van de ouders en andere opvoeders in combinatie met een hoog eiseniveau (Defares, 1976, p.7). Dit negatief zelfbeeld in combinatie met een onvoorspelbare situatie werd in een onderzoek van Cohen⁶⁹ als belangrijkste stress-bron gelokaliseerd.

Een gebrek aan vertrouwen, dit wil zeggen een wantrouwende instelling ten opzichte van de medemens, treffen we eveneens meer aan in de onderlagen. Aan de hand van de sociale leertheorie van Erikson beschrijft Defares dat dit onder andere een gevolg is van de opvoeding, wanneer het kind zich in de kritische periode bevindt, waarin het bijzonder gevoelig is met betrekking tot het winnen van vertrouwen of het verwerven van wantrouwen ten opzichte van andere mensen. Wordt het in deze (normale) ontwikkelingsfase gefrustreerd dan zal dit in het hele verdere leven doorspelen. Voor de lagere sociale klassen wordt het wantrouwen voortdurend bevestigd, omdat steeds hoge verwachtingen worden gewekt ten aanzien van de consumptie, terwijl de realisatiemogelijkheden hierbij achterblijven. De voortdurende teleurstelling over de afloop van gebeurtenissen in het verleden en het geringe vertrouwen dat men heeft in hoger geplaatste personen reproduceren de wantrouwende houding. We kunnen dus aannemen dat psy-

chische stoornissen niet alleen afhankelijk zijn van belastende factoren, maar dat het gaat om een samenspel van situationele factoren en dispositionele factoren, zoals een negatief zelfbeeld, angst-dispositie en rigiditeit.

Een belangrijke factor die we nog niet hebben behandeld is het ontbreken van positieve ervaringen. Philips⁷⁰ ontdekte dat het gebrek aan positieve ervaringen correleerde met het optreden van psychische stoornissen. Bovendien ontdekte hij dat de aanwezigheid van veel negatieve ervaringen in de onderlagen gecompliceerd werd door een gebrek aan positieve ervaringen. Voor de hulpverlening kan het daarom van groot belang zijn om met cliënten positieve ervaringen op te doen en positieve ervaringen uit het verleden te benadrukken. Langner en Michael (Gleiss ea., 1973, p.70) nemen aan dat de onderlaag een aantal persoonlijkheidskenmerken heeft, die resulteren in onvoldoende afweermechanismen voor het overwinnen van stress-situaties:

- een zwak Über-Ich (geweten);
- een zwak Ich (ego), met geringe zelf-controle en een geringe frustratie-tolerantie;
- een droevig karakter, dat niet in staat is goede tussenmenselijke contacten op te bouwen;
- een sterk gevoel van minderwaardigheid, een geringe zelfwaardering;
- een tendens om problemen op een agressieve manier af te reageren.

Deze karaktertrekken hebben niet altijd geldingskracht, want in de produktiesfeer moet de arbeider bijvoorbeeld beschikken over een overdreven frustratietolerantie. De agressieve houding hangt direct samen met het ontbreken van andere reactie-mogelijkheden, want de arbeider heeft vanwege zijn gebrek aan kennis en informatie vaak geen inzicht in mogelijke oplossingsstrategieën van andere aard. Daarnaast heeft men bijna nooit de financiële armslag om risico's te nemen of in een conflictsituatie met financiële middelen een oplossing te zoeken. Bovendien nemen mensen uit de onderlagen snel een fatalistische houding aan, die ook door de religieuze opvoeding wordt bevestigd (het is eigen schuld of de wilbeschi-king van God) en die voortdurend bevestigd wordt door negatieve ervaringen.

De lage frustratiedrempel geldt het sterkst voor de onderste bevolkingslagen. Dit werd onderzocht door Kätisch (geciteerd door

Hollstein, 1973, p. 33). Hij vond de hoogste frustratie-index bij de onderste bevolkingslagen, dat wil zeggen dat zij het meest ontevreden waren over hun sociale, fysieke, psychische en intellectuele situatie. Wat dit laatste aspect betreft zou men een onderscheid kunnen maken tussen de cognitieve en de sociale intelligentie. Deze hoeven niet per se afhankelijk van elkaar te zijn. Wanneer de cognitieve intelligentie bij de onderste lagen vrij laag ligt en laag wordt gehouden door de monotone arbeid kan de sociale intelligentie (het begrip van sociale processen) toch wel aanzienlijk verhoogd worden. Ik kom hierop nog terug in deel III van dit boek; daar zal ik in verband met preventieve maatregelen spreken van sociale competentie.

2.2.4. De ideologische variabelen

Hoewel in de bestaande literatuur weinig aandacht wordt besteed aan het ideologische en wereldbeschouwelijke denkkader van de cliënt en hoewel deze variabele inderdaad op een iets ander analytisch niveau ligt dan de vorige variabelen, vind ik dat deze dimensie een belangrijke rol speelt. Het ideologische, religieuze, wereldbeschouwelijke en politieke denkkader is immers een belangrijke factor in de manier waarop de cliënt met zijn eigen problemen omgaat. Wanneer cliënten een starre en rigide wereldbeschouwelijke visie hebben, zullen ze minder flexibel op een aantal zaken in hun omgeving reageren, daardoor eerder problemen hebben en die minder gemakkelijk tot een oplossing kunnen brengen.

Men kan zich het belang van ideologische variabelen gemakkelijker voorstellen in verband met de verwerking van negatieve ervaringen. Het maakt immers nogal verschil of iemand de oorzaken van zijn problemen voortdurend in anderen zoekt en projecteert op de buitenwereld of dat iemand zijn problemen sterk individualiseert en zichzelf volstopt met schuld- en minderwaardigheidsgevoelens. Ook kan het ideologisch denkkader van iemand zelf tot probleem worden. Meestal vormt de ideologie een soort leidraad in het leven en worden daarmee een aantal zaken op hun waarde geschat. Wanneer iemand nu een 'ideologie-crisis' doormaakt (bijvoorbeeld een geloofscrisis) zal dit des te sneller naar een identiteitscrisis leiden, naarmate iemand afhankelijk is van zijn ideo-

logische kader. Het vermoeden lijkt niet ongerechtvaardigd dat de onderste bevolkingslagen een sterke afhankelijkheid hebben ten aanzien van hun levensbeschouwelijke systeem; de hypothese zou onderzocht moeten worden of een grote onzekerheid ten aanzien van de eigen leefsituatie — die het grootst is in de onderste lagen — correleert met het zoeken van zekerheid in een religieus of ander levensbeschouwelijk systeem.

De invloed die een magisch wereldbeeld kan hebben op het ontstaan van psychische stoornissen bij gastarbeiders is onderzocht door Riso. ⁷¹ Riedesser (1973, p. 289) zegt hierover; 'Riso en Böker maakten een analyse die de psycho-pathologische verschijnselen differentieerde bij Italiaanse gastarbeiders in Zwitserland. Met name werd de invloed van het magisch begrijpen van de wereld op het ontstaan van psychische stoornissen in verband met de 'beheksingswaan' onderzocht. De beheksing, „fattare”, verleent de patiënt die aan een magisch wereldbeeld gekluisterd is een voor zijn cultuur specifiek verklingsmodel voor een oneindige hoeveelheid vage klachten, die uiteenlopen van hypochondrische denkbeelden tot psychotische waanvoorstellingen'. In verband met de preventie van psychische stoornissen schrijft Gerards hierover: 'Feitelijk is het misschien zo — bewijzen kunnen we het overigens niet — dat de condities voor "doe-het-zelf-werk" in onze maatschappij wat verslechterd zijn. Een van die condities is bijvoorbeeld het verval van het traditionele geloofsleven, dat voorheen in moeilijke tijden voldoende steun bood om het hoofd boven water te houden' (Gerards, 1977, p. 25).

Ook Ovesen vraagt naar het belang van de ideologische variabelen en zij stelt deze vraag ook omgekeerd, dit wil zeggen ze onderzoekt wat de invloed van ingrijpende veranderingen, zoals werkloosheid, is op het maatschappelijke bewustzijn en op de religie van de getroffen personen: 'De werkloosheid heeft ook invloed op de attitudes en levensvisie van een werkloze. Je zou je direct kunnen voorstellen dat werklozen radicalere opvattingen krijgen, maar dat blijkt niet het geval. Er is wel een neiging om kritiek op de regering uit te oefenen en te wensen dat er veranderingen komen, maar werkelijk revolutionair zijn de werklozen als groep niet. (...) In de regel ziet hij wel in dat de redenen voor zijn werkloosheid buiten hemzelf liggen, maar toch beïnvloedt de situatie hem dusdanig dat hij niet de moed heeft om er iets aan te doen' (Ovesen, 1977, p. 22-23). En verder zegt zij: 'Of de werkloosheid invloed

heeft op de houding ten aanzien van religie is eveneens moeilijk uit te maken. Ook hiernaar zijn recentelijk geen onderzoeken gedaan, maar de onderzoeken uit de jaren dertig duiden op een bepaalde verandering in de richting van afnemende religiositeit. Alleen Ginzberg (1943) constateerde een duidelijke verandering in deze richting. Bij een interview-onderzoek onder tweehonderd werkloze gezinnen in New York constateerde hij dat, vóórdat de werkloosheid hen trof, 75 procent van hen orthodox religieus was, vijftien procent religieus en de rest a-religieus en dat, nadat ze werkloos geworden waren, slechts veertig procent van hen orthodox, 33 procent gematigd religieus, 17 procent a-religieus en tien procent tegenstander van religie was.' (p. 24-25).

Ideologische variabelen kunnen van cruciaal belang zijn in de hulpverlening. In trainingen en therapieën blijkt volgens onderzoek van Lieberman ea. (1973, p. 348 ev.) de belangrijkste veranderingsfactor te zijn het cognitieve kader dat aangereikt wordt. Vooral wanneer men langere termijn effecten meet, blijkt het zeer belangrijk te zijn dat ervaringen die in een therapie of training worden opgedaan in een bepaald kader geplaatst kunnen worden of geïntegreerd kunnen worden in het wereldbeschouwelijke kader dat iemand reeds heeft. Kan de cliënt dus zijn problemen en mogelijke oplossingen daarvoor in een kader plaatsen, dan blijken oplossingen sneller gevonden te worden en effectiever te zijn. Op langere termijn versterkt deze factor zijn invloed. Dit zou misschien ook het succes van de christelijke hulpverlening kunnen verklaren. Het plaatsen van problemen in een maatschappelijk kader zou daarom ook van therapeutische waarde kunnen zijn. Later zullen we hier nog op terug komen.

We kunnen in feite drie probleemstellingen formuleren die in dit verband vragen om nader onderzoek. Op de eerste plaats zou verder onderzocht moeten worden in hoeverre een starre wereldbeschouwing het oplossen van problemen kan bemoeilijken. Op de tweede plaats in hoeverre een religieuze of politieke wereldbeschouwing een kader kan bieden voor het oplossen of aanvaarden van problemen en in de derde plaats in hoeverre problemen leiden tot een crisis in de wereldbeschouwing en religie die men tot het optreden van die problemen heeft.

2.2.5. De somatische variabelen

Onder somatische variabelen verstaan we variabelen van fysieke aard, zoals hersenbeschadigingen of stoornissen in biochemische processen en in het zenuwstelsel, die oorzaak zijn van psychisch disfunctioneren. Ik reken dit tot het terrein van de medische psychiatrie, zij het niet zonder meer. Zoals we in deel II van dit boek nog zullen zien is het bij zeer veel psychische stoornissen zeer twijfelachtig of somatische disfuncties oorzaak of begeleidend verschijnsel zijn van een stoornis. De medische psychiatrie, gewend om stoornissen door een medische bril te zien, zal eerder geneigd zijn te spreken van (somatische) oorzaken. De sociale psychiatrie en de politiserende hulpverlening zijn eerder geneigd oorzaken mede te leggen bij sociale disfuncties.

Een somatische variabele van andere aard bestaat in lichamelijke handicaps en afwijkingen. Wanneer deze leiden tot minderwaardigheidsgevoelens, contactstoornissen en eenzaamheid dan staan deze variabelen niet op zich. In zo'n geval ligt de oorzaak van het psychisch disfunctioneren evenzeer in de reacties van de sociale omgeving (stigmatisering, uitstoting) en in de houding van de cliënt ten opzichte van zijn eigen handicap. Voor de hulpverlening betekent dat, dat er in zo'n geval ook op meerdere niveaus gewerkt zal moeten worden.

We zullen in dit verband niet verder ingaan op deze somatische variabelen. Wanneer deze de enige oorzaak vormen voor het psychisch disfunctioneren (bv. bij hersenbeschadigingen en intoxicatieverschijnselen) rekenen we dit gebied tot de competentie van de medische psychiatrie. In andere gevallen rekenen wij het ook tot het gebied van de politiserende hulpverlening. Dit laatste zal terugkomen in het tweede deel van dit boek.

2.2.6. De interdependentie van de variabelen

Bovenstaande variabelen staan niet los van elkaar, maar zij treden meestal in samenhang op; in deze samenhang treden accentverschillen op. Zoals we reeds zagen beïnvloeden de factoren elkaar, waarbij volgens mij de dominantie van die beïnvloeding bij de extra-psychische variabelen ligt. Uit het samenspel van de variabelen

moet bijvoorbeeld duidelijk worden waarom de hogere sociale klassen eerder op stress-situaties reageren met een neurotische reactie en de onderlagen vaak met psychotische instortingen. We zullen nu proberen een samenhangende verklaring te vinden voor dit feit. Nijhof (1972, p. 114) zegt hiervan: 'De wijze waarop men op stress reageert blijkt in de onderscheiden lagen van de bevolking verschillend te zijn. In lagere strata reageert men meer in termen van "acting out" en psychotisch aandoende gedragspatronen. De overige strata vertonen een tendens om op neurotisch aandoende wijze te reageren.' Dit hangt volgens een door Nijhof geciteerd onderzoek weer samen met het feit dat arbeiders minder flexibel zijn en minder geneigd tot verandering. Een verklaring ligt weer in hun ondergeschikte positie in de maatschappij, waardoor ze weinig mogelijkheden hebben om te veranderen en te stijgen op de maatschappelijke ladder. 'In het waardenpatroon van wat men "hogere" milieus noemt speelt de waardering van het richting geven aan een eigen leven en levenscondities een belangrijke rol' (Nijhof, 1972, p. 125). De starre houding van de onderlaag zal daarom 'ten nadele werken van degenen, die in zodanige stress-situaties verzeild raken dat actieve exploratie van de problematiek en probleemoplossend gedrag vereist wordt' (p. 125).

Volgens een onderzoek van Kohn⁷² zijn deze reactiewijzen ontstaan op grond van de arbeidssituatie van vooral de ongeschoolde arbeiders. In zijn onderzoek wordt ook bevestigd wat we reeds eerder zagen: positieve ervaringen maken mensen veerkrachtiger in stress-situaties, maar deze positieve ervaringen ontbreken grotendeels in de lagere sociale lagen. Ook de relatieve deprivatie, dit wil zeggen een slechtere positie hebben dan mensen in andere situaties, verhoogt de psychische spanningen. Torre, geciteerd door Strotzka (1972, p. 102), zegt dat personen uit de onderste sociale lagen eerder psychosen krijgen omdat ze als resultaat van hun opvoeding psychisch slecht zijn toegerust. 'Deze bevindingen bevestigen vroegere werken, waaruit naar voren komt, dat personen uit de onderste lagen een zeer zwak Über-Ich en een lage frustratietolerantie hebben, sterke minderwaardigheidsgevoelens vertonen alsook een tendens tot het agressief uiten van vijandige gevoelens.' Rosenmayrs bevestigt dit op basis van onderzoek in Oostenrijk: 'Vooral de grotere afhankelijkheid van en de agressieve reactie op geleden prestige-verlies is voor deze lagen zonder twijfel kenmerkend en staat in verband met de labiele en ambivalente zelfwaarde-

ring.' (geciteerd in Strotzka, 1972, p. 102).

Door meer zicht te krijgen op de verschillen tussen psychose en neurose, kunnen we straks misschien beter begrijpen waarom de psychose nu eigenlijk meer voorkomt in de arbeidersklasse. Daarbij gaan we uit van de theorie van de psychoanalyse, die het onderscheid tussen neurose en psychose op de volgende manier aangeeft (Wolff en Hartung, 1972, p. 22 ev.): de neurose is een conflict tussen het Ich en het Es, waarbij het Ich (de handelende instantie) een drift uit het Es (het driftleven) niet kan integreren tot gewenst gedrag. In zo'n situatie kiest het Ich 'partij' voor het Über-Ich (de normen die de buitenwereld oplegt, het geweten) en verdringt de sociaal ongewenste driften. Simpel gezegd: het individu wil iets dat sociaal niet gepast is en raakt daardoor in een innerlijke strijd. Het individu moet dan kiezen tussen sociaal gewenst gedrag en daarmee onderdrukken wat hij eigenlijk wil, of hij moet datgene doen wat hij eigenlijk wil en daarmee deviant gedrag vertonen. In zo'n situatie kiest men normaliter voor het sociaal gewenste gedrag. De verdrongen wensen en driften zoeken dan steeds een andere uitweg, waarop het Ich aanvankelijk geen greep kan krijgen. Dit zijn de symptomen van een neurose. Het neurotisch gedrag ontstaat, omdat het Ich bij voortdurend moet strijden tegen de driften van het Es, die op allerlei manieren een weg naar buiten zoeken en steeds opnieuw verdrongen moeten worden.

Bij de psychose staat het Ich in dienst van het Es, dat wil zeggen dat het individu doet wat zijn driften hem ingeven en niet let op allerlei sociale gedragsnormen. Ook hier doet zich een conflict voor tussen het Ich en het Es, maar hier kiest het Ich niet langer partij voor het Über-Ich. Alle vormen van normale psychose (hallucinaties, paniek bij brand) zijn situaties waarin de buitenwereld geen zinvolle betekenis heeft voor het individu: het individu volgt dan de omgevingen van het driftleven (Es) en niet de sociale normen (Über-Ich). Bij de psychotische instorting die in zo'n situatie vaak volgt, kan het Ich de wensen van het Es niet langer verdringen. Evenals bij een droom 'wint' het Es het van het Über-Ich en bouwt het Ich een wereld op, die is opgetrokken uit de wensen en driften van het Es. Bij de psychose in wording bouwt het individu vaak zijn henneringen af, terwijl er meestal een regressie optreedt naar de kindertijd. Freud zegt hierover: 'Neurose en psychose zijn dus beide uitdrukking van de rebelle van het Es tegen de buitenwereld, zijn tegenzin of, als men liever wil, zijn

onvermogen zich aan te passen aan de reële nood'; en voorts: 'Het valt nauwelijks te betwijfelen, dat de fantasiewereld bij de psychose de voornaamste rol speelt, dat deze ook hier het reservoir voorstelt, waaruit de stof of de modellen worden gehaald om de nieuwe werkelijkheid op te bouwen.' (Wolff en Hartung, 1972, p. 25).

We weten dat de psychosen meer in de onderlagen voorkomen. Tevens weten we nu dat zich op allerlei niveaus stress-factoren in de onderste bevolkingslagen opeenhopen. Bovendien weten we dat de buitenwereld voor de psychoticus niet langer een zinvolle betekenis heeft, waardoor hij zich terugtrekt in zijn fantasiewereld, een door het Es opgebouwde waanrealiteit. Bij een opeenhoping van stress-factoren en een door het verleden reeds gefrustreerde instelling kan een psychotische reactie dan ook snel optreden. Dit proces wordt gecompleteerd door de voor de diverse klassen verschillende afweermechanismen. Schneider zegt hierover, wanneer hij onderzoeksresultaten van Miller en Swanson in zijn overwegingen betreft: 'Rigide opvoedingstechnieken schijnen een defensieve identificatie te eisen en de opbouw van een geëxternaliseerd Über-Ich. Het kind dat aan zo'n opvoeding bloot staat leert eerder afweermechanismen naar het type van de verloochening. Het zal dan ook in situaties waarin het onder druk staat, zijn toevlucht zoeken in psychotische oplossingen voor het conflict.' (Schneider, 1975, p. 289). In een meer tolerante opvoedingssituatie neigt het kind eerder tot identificatie met de opvoeders en wordt het Über-Ich goed geïnternaliseerd.

De manier waarop het Über-Ich wordt gevormd heeft een beslissende invloed op het verloop van psychische conflicten en vooral op de wijze waarop de betrokken persoon er mee omgaat. We hebben gezien dat deze manier van Über-Ich-vorming sterk wordt bepaald door de wijze waarop men in de verschillende sociale klassen wordt gesocialiseerd. De ontwikkeling van zelf-controle wordt in de middenlaag bevorderd door zelfstandige beheersing van spontane affectieve opwellingen en door zelfstandige inachtneming van verinnerlijkte gedragsverwachtingen. In de arbeidersklasse wordt veel meer uitgegaan van door machtspersonen uitgevaardigde verboden en eisen, waardoor er een geëxternaliseerde Über-Ich-vorming plaatsvindt. Ook uitstel van behoeftenbevrediging is typisch voor de middenlaag. Vanwege hun onzelfstandige afhankelijke beroepspositie proberen zowel de mensen uit de arbeidersklasse als

die uit de middenlaag zich op te trekken aan de prestatie- en promotie-ideologie. De zelfbeheersing en de gevoelsremming bij de mensen uit de middenlaag komt vooral voort 'uit de extreme tegenstelling tussen Ich en Ich-ideaal: naarmate deklatering en proletariserend onvermijdelijker worden, wordt hun streven om sociaal op te stijgen tot het niveau van de welgestelde burgerij heftiger' (Schneider, 1973, p. 241). Dit zijn intermediatoren die bijdragen tot de verklaring waarom bepaalde neurosen meer voorkomen in de middenlaag en psychosen meer in de onderlaag.

Een ander verschilpunt tussen middenlaag en onderlaag is, dat mensen uit de middenklasse meer individualistisch en geïsoleerd werken. Omdat ze vaak een lange opleiding hebben moeten volgen en daardoor lang afhankelijk geweest zijn van hun ouders en gezin, zijn ze gevoeliger voor neurosen. De materiële en psychische belasting verklaart de dominante rol van gedragsbeperkingen en disciplineringen in de opvoeding. Zelfdiscipline en uitstel van behoeftenbevrediging zijn noodzakelijke eigenschappen voor mensen uit de middenlaag, die een lange weg af moeten leggen voor succes in de carrière kan optreden. Bovendien worden kinderen in de middenlaag opgevoed volgens de principes van liefde (als beloning) en onthouding van liefde (als straf). In de onderlaag daarentegen overweegt het autoritaire machtsaspect, de blinde gehoorzaamheid en de fysieke straf: agressie ligt voortdurend onder de oppervlakte en uit zich snel buiten de bedrijfssituatie. Omdat normen en waarden niet geïnternaliseerd zijn, maar gekoppeld aan externe autoriteiten, die men dient te gehoorzamen en te volgen, ontstaat de geëxternaliseerde Über-Ich-vorming. Volgens Schneider moeten de middenlaag en de bovenlagen hun bevoorrechte positie voortdurend rationaliseren en moreel compenseren; zij zijn sterk gericht op uitstel van behoeftenbevrediging en het opkroppen en verplaatsen van gevoelens van agressie. Schneider verklaart hiermee het veelvuldig optreden van dwangneurosen in deze klassen.

Hierboven hebben we één manier gezien om een aantal facetten, die we uitwerkten bij de bespreking van de diverse variabelen, in een zinvolle verklarende samenhang te plaatsen. De verklaring die wordt gegeven voor het optreden van psychosen, en de manier waarop dwangneurosen onder mensen uit de middenlaag worden verklaard, lijkt me juist. Maar we kennen evengoed dwangneuro-

sen bij huisvrouwen uit de onderlagen; deze kunnen misschien veel beter verklaard worden uit de typische huishoudelijke arbeid. Ik denk daarbij aan schoonheidssyndromen, het overdreven netjes en clean houden van het huis, omdat daar op latere leeftijd de belangrijkste levensvervulling ligt. De verklaring die Schneider zoekt is doortrokken van de kenmerkende opvattingen van de psychoanalytische socialisatietheorieën, die sterk gericht zijn op de opvoeding van kinderen. Wanneer men socialisatietheorieën bestudeert, die meer uitgaan van de actuele situatie en met name van de beroepssituatie kan men ook aanvullende verklaringen vinden.

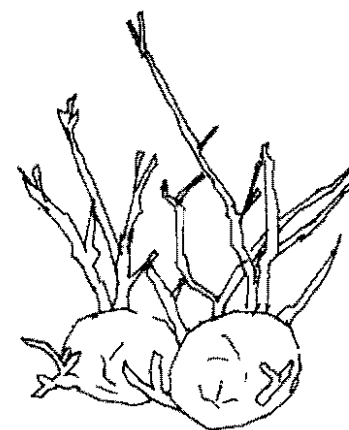
Men zou in het bovenstaande ook een aantal externe variabelen moeten betrekken, die meer gelegen zijn in de organisatie van de hulpverlening. Zoals we al eerder zagen blijkt immers, dat neurosen in feite in de bovenlagen niet méér voorkomen dan in de onderlagen. Van een duidelijke discrepantie is slechts sprake indien men alleen het aantal behandelde patiënten onderzoekt. Wanneer men incidentiestudies bekijkt lijken de verhoudingen eerder omgekeerd. Als men de neurose (afgezien van de specifieke vorm daarvan) beschouwt als een lichtere vorm van psychose, die ook in psychose kan ontwaarden, dan wordt het relevant om te kijken naar het ziektegedrag, dat voor de verschillende klassen verschillend blijkt te zijn. Het feit dat arbeiders minder snel hulp zoeken in geval van een neurose ligt in de ogen van Schneider aan hun geringe sensibiliteit voor ziekte. Zoals we later zullen zien ligt deze zaak gecompliceerder.

Zoals reeds gezegd biedt dit alles slechts één mogelijke manier om diverse variabelen in een zinvolle samenhang te plaatsen. We zien dat monocausale verklaringen niet mogelijk zijn, omdat de realiteit nogal gecompliceerd is. Dit duidt er reeds op, dat in de hulpverlening één bepaalde aanpak altijd bijzonder eenzijdig zal zijn en in feite ontoereikend. Het voorgaande was een poging de gecompliceerdheid van het ontstaan van psychische problemen te schetsen. Eenzijdige diagnostische systemen doen de werkelijkheid geweld aan. Ook wanneer we ervan uitgaan dat de extra-psychische variabelen bepalend zijn voor of een belangrijke invloed uitoefenen op het ontstaan van problemen, betekent dit niet, dat we kunnen volstaan met een kennis van die variabelen. Door de complexiteit van op elkaar inwerkende factoren is iedere cliënt weer verschil-

II

DEEL II PLAATSBEPALING EN IDENTITEIT VAN DE POLITISERENDE HULPVERLENING

lend, ook al zijn er een aantal gemeenschappelijke factoren te vinden die voor de verdere toekomst van belang zijn voor de hulpverlening (ik denk daarbij aan preventieve activiteiten). Sluitend samenhangende analyses zijn alleen in concrete gevallen en dan nog meestal achteraf te maken. Brückner doet daartoe een aardige poging wanneer hij in zijn 'Zur Sozialpsychologie des Kapitalismus' probeert te verklaren waarom kindermishandeling zoveel voorkomt in de onderste lagen. Daarbij betreft hij factoren als te kleine behuizing, het vaak te grote kindertal, de behoefte om op het werk en elders opgekropte agressie af te reageren, de fysieke manier van straffen, het vervallen in drankzucht, de onverschilligheid ten aanzien van de kinderen en het onvermogen zich in hun wereld te verplaatsen, de teleurstelling over het leven en het zich machteloos voelen, dat zich kan uiten in onberekenbare woedeaanvallen, zoals kindermishandeling en kindermoord in een 'vraag van waanzin'. Wanneer we problematieken van cliënten op deze manier benaderen en persoonskenmerken in een samenhang plaatsen met de algehele leefwereld van een cliënt, zullen we inzien dat dit ook gevolgen heeft voor de manier waarop de hulpverlening dient te functioneren. Men zal dan moeten uitstijgen boven het therapeutische handelen, waarin alleen gewerkt wordt met intra- en interpsychische variabelen. Dit zullen we verder uitwerken in de volgende delen van dit boek.



DIT deel zal vooral gaan over de plaats die de politiserende hulpverlening inneemt ten opzichte van andere benaderingen in de hulpverlening. Dat is nodig, omdat de hulpverlening een aantal heel verschillend georiënteerde benaderingen kent, die ieder hun eigen historische achtergrond en ontstaanswijze hebben.

Deze verschillen in oriëntatie komen goeddeels overeen met die welke zich in de loop der tijd hebben ontwikkeld op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg (zie daarvoor: Foucault, 1975; Dörner, 1975; Zijlstra en Sturkenboom, 1975). Er zijn tijden geweest waarin 'gekken' werden verbrand of verdrinken als heksen en duivelskinderen. Later, nog tot ver in de achttiende eeuw, werden ze zonder vorm van behandeling opgesloten in dolhuizen en gevangnissen. Tot een meer humane behandeling kwam het pas in het begin van de vorige eeuw toen er een medische psychiatrie ontstond. Waanzin werd niet langer als iets magisch gezien, maar als een somatische ziekte. Aan het begin van deze eeuw kwam de psychoanalyse op en werd een begin gemaakt met psychotherapeutische behandelingen. Vanaf dit moment werd er ook serieus aandacht besteed aan intra-psychische variabelen. Na de Tweede Wereldoorlog was het de sociale psychiatrie die snel aan belangrijkheid won. Zij schonk vooral aandacht aan de inter-psychische variabelen en introduceerde sociotherapeutische behandelingen; er kwamen experimenten met kleinere inrichtingen en er werd een begin gemaakt met preventieve activiteiten. In de afgelopen tien jaar kwam daar nog de radicale benadering van de antipsychiatrie bij. Daardoor bestaan er momenteel in de psychiatrie vier verschillende visies op de behandeling van psychische stoornissen; het geheel zou men, misschien wat oneerbiedig, kunnen vergelijken met een kippenren met vier hanen: de medische, de psychothera-

peutische, de sociotherapeutische en de radicale benadering.

In de ambulante geestelijke gezondheidszorg kan eenzelfde vierdeling worden gemaakt. De radicale benadering wordt daar onder meer vertegenwoordigd door de politiserende hulpverlening. Deze politiserende hulpverlening bestaat, zoals we in het vorige deel zagen, voor een belangrijk deel uit het kijken naar individuele problemen vanuit een sociologische optiek; ofwel, vertaald in vakjargon, de politiserende hulpverlening is (onder meer) een macrobenadering van micro-problemen. Inzichten, verkregen door een politiek-economische en sociologische analyse van de probleemvelden van cliënten, worden expliciet betrokken in het hulpverleningsproces. Vanuit dit standpunt levert de politiserende hulpverlening ook kritiek op andere benaderingen.

In dit en het volgende deel zal gaandeweg duidelijk worden waar politiserende hulpverlening voor staat. Toch is het nuttig om nu al een eerste omschrijving te geven, zodat de lezer zich een voorlopig beeld kan vormen. Deze omschrijving kan luiden als volgt:

De politiserende hulpverlening is die benadering in de hulpverlening waarin de invloed van extra-psychische variabelen op inter- en intra-psychische variabelen wordt bestudeerd, en waarbij deze extra-psychische variabelen een expliciete plaats innemen in het hulpverleningsproces. Zo mogelijk worden cliënten geactiveerd om zich te verzetten tegen de nadelige invloed van extra-psychische factoren op hun welzijn. De kritiek van de politiserende hulpverlening op de bestaande hulpverlening is gericht op de behandeling van cliënten (aspecten als individualisering, medicineren en vertechnisering van problemen), op de ongelijkwaardige machtsverhouding tussen hulpverlener en hulpvrager en op de hiërarchische verhoudingen binnen de hulpverleningsinstellingen, en bovendien op de nadelige effecten van de geïnstitutionaliseerde hulpverlening (zoals stigmatisering en uitstoting van cliënten). Tenslotte verzet de politiserende hulpverlening zich tegen de ongelijke behandeling in de hulpverlening, dwz. tegen de privilegiëring van de boven- en middenlagen in de hulpverlening.

Het eerste hoofdstuk van dit deel (3.) zal gewijd zijn aan de kritiek van de politiserende hulpverlening op andere benaderingen. In het daaropvolgende hoofdstuk (4.) zal de hierboven gegeven

omschrijving van politiserende hulpverlening verder worden uitgewerkt en zal deze benadering worden gepiaatst ten opzichte van andere benaderingen. In het laatste hoofdstuk van dit deel (5.) ga ik tenslotte in op de identiteit en de gedifferentieerdheid van de politiserende hulpverlening.

KRITIEK OP ANDERE BENADERINGEN

WE zijn gewend schuldigen aan te wijzen voor de problemen die we tegenkomen. Wanneer iemand sterft aan longkanker zijn we geneigd te zeggen dat het zijn of haar eigen schuld is geweest, omdat hij of zij te veel rookte. Medici zullen oorzaken ook zoeken in een grotere gevoeligheid of aanleg voor longkanker en sociologen zullen wijzen op de sociale functies van rookgedrag en misschien op economische belangen achter het stimuleren van roken. Ook voor alcoholisme zal men naar oorzaken zoeken vanuit de eigen beroepsmatige specialisatie. De alcoholist zelf is wat de behandeling betreft afhankelijk van de hulpverlener die hij toevallig treft. Door een individuele benadering van de hulpverlener zal de schuld snel bij de cliënt zelf gelegd worden en zal de behandeling eveneens op hem gericht zijn. Maar alcoholisme kan óók een symptoom van een onbevredigende leefsituatie zijn. De cliënt zal in zo'n geval weinig baat hebben bij symptoombestrijding alleen, ook al zal dit noodzakelijk zijn vanwege de verzelfstandigde problemen die het alcoholisme met zich mee brengt. Wanneer het daar evenwel bij blijft, is de kans groot dat de cliënt in het zelfde of in een ander gestoord gedrag zal terugvallen, omdat zijn leefsituatie niet in het hulpverleningsproces wordt betrokken.

De hulpverlening heeft twee gezichten: dat van de diagnose (probleemdefinitie en oorzaken-duiding) en dat van de behandeling. Afgezien van de mate waarin de cliënt zelf betrokken wordt in de definitie van 'zijn' probleem, kunnen we constateren dat de diagnose van 'zijn' probleem vaak breder is (meer gebieden bestrijkt) dan de behandeling. Zo kan een medisch psychiater een zeer enge definitie geven van de problemen van een cliënt en bijvoorbeeld concluderen dat de oorzaken van die problemen een gevolg zijn van een extraverte (erfelijke) aanleg. Een andere

medische psychiater kan een bredere definitie geven, die meer recht doet aan de werkelijkheid. Maar in de behandeling zullen ze beiden door hun gespecialiseerde opleiding begrensd worden door de mogelijkheden van hun instrumentele uitrusting. Zo kunnen beide medische psychiaters in zo'n geval dezelfde kalmerende psychofarmaca voorschrijven.

Zoals ik in het eerste deel heb duidelijk gemaakt bestaan er een aantal redenen waarom er meer psychische stoornissen in de onderste sociale lagen voorkomen. Ik heb proberen aan te tonen dat de sociale laag in verregaande mate de interdependentie bepaalt van de variabelen uit het variabelen-schema. Deze politiek-economische en sociologische variabelen worden geconcretiseerd in de intra-psychische variabelen, bijvoorbeeld in een zwakke psychische uitrusting en een weinig flexibele houding. Daarmee wordt bedoeld dat de oorzaak van psychische problemen in de maatschappelijke ongelijkheid kan liggen, terwijl de symptomen daarvan onder meer in een zwakke psychische uitrusting liggen. Een dergelijke benadering van problemen vind ik kenmerkend voor de politiserende hulpverlening. Deze diagnostische benadering vindt haar uitdrukking ook in de behandeling, welke gekenmerkt wordt door een meer-sporen strategie, dit wil zeggen dat de hulpverlening gericht is op meerdere niveaus. Bovendien voedt deze opvatting de kritiek op andere benaderingen.

De elementen van deze kritiek heb ik reeds genoemd; ik zal deze hieronder toelichten. Een eerste kritiekpunt op de huidige hulpverlening is, dat psychische, psycho-sociale en maatschappelijke problemen door de medische psychiatrie worden *gemedicineerd*. Redenerend vanuit het variabelen-schema kunnen we zeggen, dat problemen, die liggen in intra-, inter- en extra-psychische variabelen gesomatiseerd worden, dus in de diagnose en/of de behandeling getransformeerd worden in somatische variabelen. In de psychiatrische en ambulante hulpverlening leidt dit tot een toenemend gebruik van psychofarmaca en bijvoorbeeld tot de toepassing van electroshocks, waarvan het therapeutisch effect al lang wetenschappelijk wordt betwijfeld en de potentiële schadelijke uitwerking al lang is aangetoond.

Een kritiek op zowel de medische als de psychotherapeutische benadering is de *individualisering* van de problematiek. De bestaande therapieën gaan bijna allen uit van een strikt individuele benadering van de cliënt, ook al geschiedt dit in groepsverband. Het

praten over extra- en inter-psychische variabelen wordt als storend afgewezen, als een afdwaling van de 'eigenlijke' problematiek, het niet onder ogen durven zien van de eigen zwakheid en de verantwoordelijkheid voor het eigen gedrag. Vaak ontstaat hierdoor een vertekend beeld van de problematiek: inter-psychische en extra-psychische variabelen worden vertaald in intra-psychische variabelen en als zodanig aan de cliënt gepresenteerd. Dit proces, in stand gehouden door de micro-bril van de hulpverlener, bevordert de individualisering, waardoor de hulpvrager zijn problemen gaat toeschrijven aan eigen schuld, onvermogen, zwakheid en gebreken. Ondanks de therapeutische waarden die deze benadering soms op korte termijn kan hebben (een actieve opleving van de cliënt), is een terugval voorspelbaar, omdat de cliënt in te grote mate wordt losgemaakt van zijn sociale en maatschappelijke omgeving. Ik doel hierbij op gangbare therapieën zoals de psychoanalytische therapie, de Gestalttherapie, de 'client-centered' therapie, de gedragstherapie en bepaalde voor therapeutische doeleinden gehanteerde trainingsmethoden. Bij deze therapieën, of ze nu individueel of in groepen plaatsvinden, staat de attitude- of de gedragsverandering van het individu centraal. De rest is bijzaak of komt helemaal niet ter sprake. De groep wordt gehanteerd als middel en in enkele methoden wordt de omgeving als relevante factor betrokken: dan is het vooral zaak om het individu een gepast gedrag aan te leren voor die omgeving (bijvoorbeeld gedragstherapie).

In de interactionele benadering wordt geprobeerd om aan deze kritiek tegemoet te komen. In deze benadering wordt het individu gezien als een onderdeel van een sociaal systeem (bijvoorbeeld gezin), en de therapie is er op gericht om uitgaande van bijvoorbeeld gestoorde communicatie patronen dit systeem te verbeteren. We zien dat bij deze therapeutische benadering de inter-psychische variabelen centraal staan. Een kritiek op deze methode geldt de *vertechnisering* van de problematiek, een kritiek die overigens voor meerdere therapieën geldt. Men gaat uit van de hier-en-nu situatie en vindt het onbelangrijk, ja zelfs storend, om na te gaan hoe gestoorde relatiepatronen zijn gegroeid of wat daarvan de oorzaken zijn (zie Watzlawick ea., 1974, p. 39). In dit verband kunnen veel gezinstherapieën als illustratie gelden voor de vertechtering van problemen. Het bezwaar is vooral gericht tegen het feit, dat het individu wel als onderdeel wordt gezien van een

sociaal systeem, maar dat dit systeem vervolgens niet als onderdeel wordt gezien van een omvattender (maatschappelijk-historisch) systeem. Zo wordt in deze benadering de invloed van extrapsychische variabelen op het gezin niet als een wezenlijk onderdeel geanalyseerd. Ondanks de vele empirische gegevens en wetenschappelijke analyses die de laatste jaren geproduceerd worden over de veranderde en veranderende functies van het gezin in onze moderne samenleving, de statistische feiten over het hoge aantal echtscheidingen (één op de vijf huwelijken) en de steeds jongere huwelijken — feiten die er op wijzen dat hier iets van structurele aard aan de hand is —, blijven gezinstherapieën volharden in hun oude aanpak. De invloed van materiële omstandigheden op het gezin (zoals langdurige werkloosheid, WAO-problematiek), het veranderende man-vrouw rolpatroon etc., vinden wij niet terug in de methodische verhandelingen. Ook de waarden en normen ten aanzien van huwelijk en gezin, die voor de verschillende sociale lagen nogal uiteenlopen, zien we niet terug in de gezinstherapieën. Toch kampt een arbeidersgezin met heel andere problemen en vergt het een heel andere benadering als een middenklasse-gezin (zie Minuchin ea., 1967). Hetzelfde geldt voor de invloed van het veranderende man-vrouw rolpatroon op echtparentherapie (zie Van Bijsterveldt, 1977). Veel problemen van structurele aard kunnen op deze manier worden vertechniseerd vanuit het geloof dat ze via een verbetering van de bestaande methoden zijn op te lossen. Problemen welke door maatschappelijke veranderingen worden veroorzaakt en die op het intermenselijk vlak liggen worden zodoende vermethodiseerd en vertechniseerd.

Samen met de kritiek op de ongelijkheid in de hulpverlening en de hiërarchische en stigmatiserende organisatie van de hulpverlening zijn dit de kritiekpunten van de politiserende hulpverlening op de traditionele geestelijke gezondheidszorg. In een aantal aspecten stemt de politiserende hulpverlening dan ook overeen met de antipsychiatrie (Trimbos, 1975, p. 53 ev.), de radicale psychiaters uit Amerika (het 'Radical Therapist' Collectief, 1974; het 'Rough Times' Collectief, 1975) en vooral de democratische psychiatrie in Italië (Basaglia, Firella ea.). De vraag ligt voor de hand wat dan het verschil is tussen de politiserende hulpverlening en de radicale stroming binnen de psychiatrie. Naar mijn oordeel bestaat er geen

principeel, maar wel een pragmatisch verschil; het werkkterrein verschilt wezenlijk en daardoor ontstaan andere aandachtspunten en prioriteiten. Deze verschillen worden vooral bewerkstelligd door de actuele situatie, waarin een scheiding bestaat tussen de intramurale psychiatrische zorg en de ambulante hulpverlening. Deze scheiding wordt zowel door de radicale psychiatrie als door de politiserende hulpverlening als ongewenst beschouwd. In enkele Italiaanse provincies waar de democratische psychiatrie haar werkkterrein heeft is deze scheiding om die reden opgeheven: daar is de intramurale zorg nagenoeg verdwenen. In deze zin reiken de radicale psychiatrie en de politiserende hulpverlening elkaar dan ook de hand.

In de ambulante hulpverlening wordt van verschillende kanten geprobeerd de hierboven genoemde kritiekpunten te ondervangen. Zelfhulp-groepen, belangenorganisaties en de alternatieve hulpverlening zijn daar de duidelijkste exponenten van. In de inleiding van dit boek is al gezegd, dat ook de felle discussies binnen allerlei opleidingen in deze sector een uitdrukking zijn van de crisis waarin de geestelijke gezondheidszorg verkeert, nu de grondslagen waarop zij zich baseert ter discussie staan. Dit alles heeft te maken met het ontstaan van de politiserende hulpverlening. De huidige crisis in het welzijnswerk is te danken aan het welzijnswerk zelf. Tot nu toe heeft de geestelijke gezondheidszorg maatschappelijke factoren niet expliciet in haar werk betrokken. Politiek werd losgekoppeld van hulpverlening, bovendien was politiek vies en niet wetenschappelijk. Uiteraard komt dan eens het moment waarop deze struvsogel-politiek zich wreekt. Wright-Mills (1970) maakte dit alweer bijna tien jaar geleden duidelijk door een onderscheid te maken in *personal troubles* en *public issues*. Hij illustreerde dat met onder meer het volgende voorbeeld: als in een stad met 100.000 inwoners slechts één persoon werkloos is dan is dat een *personal trouble* en zou men naar het karakter en de vaardigheden van deze werkloze moeten kijken. Maar deze benadering is zinloos wanneer in een land met vijftig miljoen werknemers er vijftien miljoen werkloos zijn: dan kan men spreken van een *public issue*. In dergelijke situaties zou de hulpverlening minimaal een signalerende taak moeten hebben. Zoals de politiserende hulpverlening zich manifesteert, heeft de hulpverlening ook een initiërende en actieve taak in de bestrijding van zulke situaties.

Ik heb nu een eerste omschrijving gegeven van de politiserende

hulpverlening. Vanuit die eerste omschrijving heb ik de kritiek aangegeven die de politiserende hulpverlening heeft op andere benaderingen. Daarmee is tevens een globale indruk gegeven van haar plaats ten opzichte van die andere benaderingen. Hieronder zullen we daar verder op ingaan, zij het vanuit een iets bredere invalshoek

PLAATSBEPALING VAN DE POLITISERENDE HULPVERLENING

DE laatste decennia is er sprake van een steeds groeiende differentiatie in visies, benaderingen en methodieken in de hulpverlening. Deze hausse kan gezien worden als een uitvloeisel van het feit dat de samenleving het noodzakelijk acht aan de behoefte aan hulpverlening tegemoet te komen en middels de overheid gelden ter beschikking te stellen om deze hulpverlening wetenschappelijk te begeleiden. Deze ontwikkeling is tevens een uitdrukking van de strijd voor betere maatschappelijke voorzieningen. Ondanks allerlei wetenschappelijke rationalisaties en verhullingen achteraf, blijken de verschillende benaderingen allemaal te werken vanuit al dan niet geëxpliciteerde vooronderstellingen. Deze constatering geldt voor het gehele gebied der wetenschappen, maar juist in hoge mate en op een doorzichtige manier voor de menswetenschappen (Gouldner, 1972, p. 29 ev.). De waardeoordelen, vooronderstellingen en normen bewegen zich op vele niveaus en zij zijn vaak met elkaar in tegenspraak (zie voor een overzicht: Duyntjer, 1970).

4.1. De verwarring van de vele therapieën

Binnen de therapeutische wereld hebben deze uiteenlopende waarden en normen geleid tot nog meer verschillende vormen van werken, een verschijnsel dat Lieveense en Van de Wetering de Rooy (1975) een wildgroei van therapieën en trainingen noemen, waarbij je de neiging krijgt 'om alles op een hoop te gooien, omdat je door de bomen het bos niet meer ziet' (p. 9). Vroon (1976, p. 8) kwalificeert de psychologie om deze reden als een 'optocht van controverses'. Vaak komen de controversiële benaderingen tot uiting in felle polemieken, waarin scheldwoorden aan

het adres van de tegenpartij niet van de lucht zijn. Dit geldt niet alleen voor de verkettering door sommige medische psychiaters van kritische bewegingen zoals de antipsychiatrie, —zie voor een staaltje daarvan: Verbeek, 1975. (Trimbos, 1975, p. 66 ev., geeft een kort overzicht van de kritiek in binnen- en buitenland op de antipsychiatrie). Het geldt even goed voor psychotherapeuten onderling die vaak een ongenueanceerde en weinig verduidelijkende kritiek op elkaars benadering leveren. Een niet zo fris voorbeeld van deze onderlinge verkettering levert Perls, wanneer hij Rogers kritiseert (Perls, 1974, p. 6 ev.)

Over het algemeen blijken deze polemieken niet te leiden tot meer helderheid over de waarde van de verschillende benaderingen en hun verhouding ten opzichte van elkaar. Kortom de verwarring groeit. Een wetenschappelijke discussie lijkt hier meer uitkomst te bieden, maar in de praktijk wordt zo'n discussie verlamd door te sterk doorspelende waarden-oriëntaties. Sommigen verkiezen daarom een afwachtende houding vanuit de verwachting dat de waarde der verschillende therapeutische benaderingen in de werkelijkheid vanzelf zal blijken en dat zo de beste therapie uit de concurrentiestrijd te voorschijn zal komen. De werkelijkheid is anders: daar zien we dat instant-successen van therapieën tot grote populariteit leiden, hoewel deze successen niets zeggen over de waarde van therapie op langere termijn. In feite spelen allerlei subsidieregelingen, politieke en traditiegebonden normen alsook economische belangen mee bij de stimulering cq. tegenwerking van bepaalde benaderingen. Rogers (1974a, p. 9 en 18 ev.) maakt bijvoorbeeld gewag van de politieke tegenwerking die het groepswork in Amerika kreeg vanwege de vrees van conservatieve zijde dat het hier zou gaan om kleine communistische samenzweringen.

Het gegeven echter, dat maatschappelijke belangen en de belangen en de keuzes in het werkveld zelf een bepalende rol spelen bij beslissingen over het gebruik van bepaalde therapieën, hoeft nog niet te betekenen dat daardoor ook wordt uitgemaakt wat de werkelijke hulpverlenende waarde van de verschillende benaderingen is. Daarop biedt een door onderzoek begeleide wetenschappelijke discussie meer uitzicht. Maar ook dit zal geen zuiver beeld geven van de werkelijkheid: ook in de wetenschap spelen immers allerlei maatschappelijke belangen een belangrijke rol. Ik zal hieronder proberen wat duidelijkheid te scheppen in de heersende verwarring, ondanks de aangegeven beperkingen.

4.2. Een ideaaltypische ordening

We kunnen op verschillende manieren een ordening aanbrengen in de vele therapieën en benaderingen. We kunnen bijvoorbeeld een indeling maken aan de hand van de instrumentele aspecten van hulpverleningsmethoden of een ordening maken met behulp van een aantal criteria, zoals van Beers (1977) doet. Ik wil hier allereerst een ideaaltypische ordening maken, die slechts een hypothetische waarde heeft, omdat de praktijk er gecompliceerder uitziet, dan hier wordt aangegeven. Dit zal in de volgende paragrafen ter sprake komen. In deze ideaaltypische ordening kies ik voor een indeling in *benaderingen*; met benadering bedoel ik het vertrekpunt van de diagnose van problemen. Dit levert een andere indeling op dan een ordening naar methoden of een ordening naar doelstellingen of object van de behandeling. Met vertrekpunt van de diagnose wordt bedoeld de variabelen waarnaar bij de analyse van een probleemsituatie het eerst gekken wordt. Zo begint de medische psychiatrie bij een analyse van de somatische variabelen en de politiserende hulpverlening bij een analyse van de extra-psychische variabelen. Wanneer de benadering sterk gekoppeld is aan een bepaalde werkmethode heb ik deze er (bij wijze van voorbeeld) bij gezet. We zullen verderop evenwel zien dat de toepassing (behandeling) niet noodzakelijk hoeft overeen te stemmen met het vertrekpunt van analyse.

Analoog aan het variabelen-schema in het eerste deel zouden we dan de volgende benaderingen kunnen onderscheiden:

- a. de extra-psychische benadering, bv. de democratische psychiatrie, de radicale psychiaters, sommige antipsychiaters en sociaal-psychiaters, de politiserende hulpverlening.
- b. de inter-psychische benadering, bv. de groepsdynamische en interactionele therapieën, de milieutherapie en deels de sociale psychiatrie.
- c. de intra-psychische benadering, bv. de psychoanalyse, de Gestalt-benadering, de 'client-centered' benadering.
- d. de ideologische benadering, bv. de christelijke hulpverlening.
- e. de somatische benadering, bv. de medische psychiatrie.

Hiermee is een bepaalde ordening aangebracht en niet meer dan dat. Ik wil benadrukken dat deze naar het vertrekpunt van analyse is opgesteld. De extra-psychische benadering incorporeert bij-

voorbeeld ook de inter- en intra-psychische variabelen en betreft die ook in de behandeling. Hetzelfde geldt ook vaak voor de somatische en ideologische benadering. Het vertrekpunt van analyse verraaft wel de vooronderstellingen van de benadering met betrekking tot de dominante variabelen. Zo zal de politiserende hulpverlening vaak uitgaan van de vooronderstelling, dat de extra-psychische variabelen dominant zijn voor de onderlinge afhankelijkheid (interdependentie) tussen de variabelen. Als de werkelijkheid zo was, dat de intra-psychische variabelen los gezien konden worden van de andere variabelen dan zou het eenvoudig zijn: we zouden vertegenwoordigers van bovengenoemde vijf benaderingen slechts bijeen hoeven te voegen en we zouden precies weten waar de problemen van een cliënt hun oorzaak vinden. Een idee dat in de praktijk is geconcretiseerd bij de Medisch Opvoedkundige Bureaus (M.O.B.'s). De werkelijkheid is echter, dat er een grote interdependentie tussen de variabelen bestaat en dat het dus vooral gaat om het opsporen van die onderlinge afhankelijkheid en de dominante variabelen daarin. En daarin lopen de verschillende benaderingen nogal uiteen; dit compliceert ook de multidisciplinaire samenwerking op M.O.B.'s. Begrijpelijk dus, dat de verschillende benaderingen aanleiding tot heftige discussies geven, reden waarom ik eerder de psychiatrie vergeleek met een kippenren met vier henen. Want de vraag is voortdurend: zijn nu de somatische, intra-psychische, inter-psychische of extra-psychische variabelen dominant in de interdependentie? Om deze vraag enigszins te kunnen beantwoorden, moeten we wat meer aandacht besteden aan het begrip causaliteit. Uit bovenstaande zal duidelijk geworden zijn dat ik uitga van een specifieke opvatting over causaliteit. Hieronder zal ik deze opvatting nader toelichten.

4.3. Het causaliteitsbegrip

We treffen in de hulpverlening twee overheersende opvattingen aan over causaliteit. De eerste opvatting gaat uit van een monocausale verklaring voor het optreden van problemen; men spreekt hier van een lineair causaliteitsbegrip. Het duidelijkst treft men deze opvatting aan in de medische psychiatrie. Het andere causaliteitsbegrip treft men bij uitstek aan in de interactionele benadering (zie Watzlawick ea., 1974, p. 10; de Bont en Schrijvers, 1977a) en dit

wordt het circulaire causaliteitsbegrip genoemd, waarin een multicausale verklaring wordt verondersteld voor het optreden van problemen. In deze benadering wordt weinig belang gehecht aan het opsporen van oorzaken en wel om twee redenen. In de eerste plaats wordt het zoeken naar oorzaken voor problemen in therapeutische zittingen als een afdwalen van de problematiek beschouwd. In de tweede plaats wordt er vanuit gegaan, dat de verschillende oorzakelijke factoren zich vrij onverschillig ten opzichte van elkaar verhouden. Deze opvatting steunt op de systeemtheorie, die door Bateson en anderen werd ontwikkeld, en voorts op een pragmatische filosofie over therapie. Deze filosofie komt er op neer, dat het vooral gaat om het veranderen cq. verbeteren van probleemsituaties en niet om het interpreteren daarvan; wanneer men op één niveau van het systeem ingrijpt (bijvoorbeeld op het niveau van de onderlinge communicatie) verandert het hele systeem, omdat de delen van het systeem onlosmakelijk met elkaar verbonden zijn.

Mijn opvatting over causaliteit ligt tussen beide bovengenoemde opvattingen in. Zoals uit het eerste deel van dit boek is gebleken bestaan er wel degelijk maatschappelijke oorzaken voor problemen en werken deze door op inter- en intra-psychisch niveau. De interactionele opvatting doet geen recht aan deze feiten, reden waarom ik deze opvatting niet kan delen. Maar dit wil niet zeggen dat het lineair causaliteitsbegrip de opvatting van de politiserende hulpverlening dekt: men zou dan in een mechanistische en deterministische opvatting vervallen. We hebben in het hoofdstuk over de bemiddelende factoren gezien, dat maatschappelijke ongelijkheid niet rechtlijnig leidt tot het optreden van problemen. Met het circulaire causaliteitsbegrip heeft de politiserende hulpverlening gemeen, dat ervan uitgegaan wordt dat voor het optreden van (psychische) problemen meerdere op elkaar inwerkende oorzaken verantwoordelijk zijn. Doch deze factoren staan niet onverschillig tegenover elkaar: er bestaat een bepaalde onderlinge afhankelijkheid (interdependentie) tussen, waarin een bepaalde hiërarchie zit. De ene factor weegt zwaarder dan de andere; dat zagen we ook bij de bespreking van socialisatietheorieën in het eerste deel. We hebben de factor die de interdependentie tussen de diverse factoren bepaalt de dominante factor genoemd. Dat kan bij de ene cliënt een somatische factor zijn en bij een andere cliënt een situationele factor (bijvoorbeeld werkloosheid). Wat betreft de behandeling

wil dit niet zeggen, dat alleen de dominante factor object van de hulpverlening zou moeten zijn. Dit zullen we verderop nog zien. Ons causaliteitsbegrip wil ik een *hiërarchisch* causaliteitsbegrip noemen, omdat uitgegaan wordt van de opvatting dat er meerdere oorzaken voor het optreden van probleemsituaties gelden, maar dat er een bepaalde hiërarchie in die oorzaken zit, waarbij één, misschien twee factoren dominant zijn.

Nu meer duidelijkheid is ontstaan over het begrip causaliteit, wil ik hieronder proberen duidelijk te maken waarom de indeling in de vorige paragraaf een ideaaltypische ordening is.

4.4. De eenzijdigheid van de diverse benaderingen

In de ideaaltypische ordening heb ik de diverse benaderingen in de hulpverlening ingedeeld naar de variabelen die zij in eerste instantie betrekken bij de analyse van problemen van cliënten. Daarbij werd duidelijk dat elke benadering begrensd en eenzijdig is. Vanuit dit beperkte gezichtspunt maakt elke benadering een reductie van de werkelijkheid, met andere woorden door de eigen beperkte analyse doet elke benadering de werkelijkheid geweld aan. De cliënt en zijn problemen moeten ingepast worden in het analytisch kader van de hulpverlener. Men kan binnen de hulpverlening twisten over wie nu gelijk heeft en afhankelijk van de problematiek zal dit verschillen per cliënt. De discussie over de waarde van de verschillende benaderingen ten opzichte van elkaar zou verrijkt worden als iedere benadering toe zou geven dat ze beperkt is. Maar dit is een morete stellingname: de bepaling van elkaars grenzen blijkt juist de inzet van de strijd. In deze strijd stellen sommigen zich op het standpunt dat ze een verklaring kunnen bieden voor alles: hun benadering is de enig objectief juiste. Perls wekt deze indruk als hij de Gestalt-benadering verdedigt, zo ook het Sozialistisch Patientenkollektiv ten aanzien van zijn benadering. Anderen zien de eigen benadering als begrensd, maar als waardeloos genoeg om die te verdedigen tegen kritiek van anderen. Idealiter zou deze laatste opstelling tot een dermate zinvolle discussie leiden, dat iedere benadering haar eigen plaats zou kunnen ontdekken. Maar dit is een utopie, omdat deze discussie maar één gegeven is binnen de complexiteit van factoren (onder andere financiële, institutionele en politieke) die in de concrete werkelijkheid

de felheid van de strijd en de wederzijdse verharding bepalen. Factoren in het werkveld zijn dus ook verantwoordelijk voor het in stand houden van de eenzijdigheid.

Ik wil nu (binnen de ideaaltypische discussie) de eenzijdigheid van de verschillende benaderingen verder toelichten. Deze eenzijdigheid wordt in sterke mate bevorderd door de mens- en maatschappijvisie van de hulpverlener. Soms is die zelfs overheersend voor zijn benadering van de problematiek en de aard van de aanpak. We zullen daar enige voorbeelden van geven. Een extreem voorbeeld is de 'christelijke hulpverlening', een ideologische benadering, die onder meer gepraktiseerd wordt in het Youth for Christ opvangcentrum. In deze benadering vormt het geloof in Jezus Christus de grondslag voor het werk: de problemen van de cliënten worden in de eerste plaats gezien als een gestoorde relatie met God.^{73*} We zien in zo'n geval dat een uitgesproken en te eenvoudige mens- en maatschappijvisie leidt tot een zeer eenzijdige therapie, die enkele factoren die meespelen in het menselijk bestaan generaliseren tot het hele bestaan van de mens. Een even duidelijk voorbeeld vinden we bij het Sozialistisch Patientenkollektiv (1973) dat in haar nadagen onder de druk van de politieke repressie radicaliseerde en alle therapeutische werk liet opgaan in een anti-kapitalistische strijd, die niet aansloot op de politieke situatie van dat moment. Deze voorbeelden zijn op een bepaalde manier illustratief voor bijna alle benaderingen. Een vereenvoudigd mensbeeld vinden we even sterk terug in het overdreven en idealistische geloof dat de humanistische psychologie stelt in de vrije wil en keuze en de ongebreidelde ontplooibaarheid van de individuele mens (Perls, 1974; Rogers 1974a, b, c; Goble, 1975; Frick, 1974; van Strien, 1975). Het mensbeeld van de politiserende hulpverlening is evenmin vreemd aan haar benadering van problemen. In dit mens- en maatschappijbeeld wordt ervan uitgegaan, dat de maatschappelijke positie van de cliënt in hoge mate zijn leven en problemen bepaalt of een oplossing van problemen belemmert. Voorts gaat de politiserende hulpverlening ervan uit dat maatschappelijke omstandigheden wel het product zijn van menselijk handelen, maar dat de mens daar als individu vrij weinig invloed op uitoefent. Verandering van maatschappelijke omstandigheden kan daarom in de visie van de politiserende hulpverlening slechts geschieden door collectieve acties van groepen mensen, die zich organiseren op eigen belangen.

We hebben nu gezien dat de eenzijdigheid van de verschillende benaderingen in sterke mate beïnvloed wordt door de mens- en maatschappijvisie. Voorts dat deze eenzijdigheid in stand wordt gehouden door een aantal factoren in het werkveld. Maar de eenzijdigheid wordt ook bepaald door een andere factor, die ik nu wil toelichten. Daarvoor moeten we de discussie iets complexer maken. Zoals ik al eerder signaleerde, heeft de hulpverlening twee gezichten, dat van de diagnose en dat van de behandeling, met andere woorden dat van de analyse en dat van de toepassing. De toepassing zal meestal enger zijn dan de analyse. In de diagnose worden doorgaans meer factoren betrokken dan in de behandeling. Mijns inziens treedt deze vernauwing in door de beperkte instrumentele en methodische uitrusting van de hulpverlener. Uit praktische ervaring durf ik zelfs te stellen dat de beperkte kennis en vaardigheden van een hulpverlener beperkende gevolgen hebben voor zijn diagnostisch onderscheidingsvermogen. In zekere zin kan gesteld worden dat de methodische gevormdheid van een hulpverlener een vooringenomenheid te weeg brengt bij de diagnose. Met andere woorden de selectieve perceptie van problemen door de therapeut wordt in sterke mate bepaald door zijn instrumentele kennis en vaardigheden. Ik wil dit hieronder duidelijk proberen te maken aan de hand van de eenzijdigheid van de medische psychiatrie, die zichzelf vaak als een zelfverzekerd bastion presenteert.

Hoewel door de medische benadering op het gebied van psychische stoornissen erg veel fysiologisch en neurologisch onderzoek wordt verricht vindt men vaak weinig verklaringen voor gestoord gedrag en berusten zowel de diagnosen als de behandelingsmethoden grotendeels op hypothesen. De medische psychiater Fischer (1963) geeft dit in zijn proefschrift ruiterlijk toe, wanneer hij schrijft: 'Het aantal denkrichtingen in de psychiatrie is zo groot en ze zijn zo van elkaar verschillend, dat het fundament van de psychiatrie veel minder gegrondvest lijkt dan dat van de andere specialismen in de geneeskunde' (p. 9). 'Het zou onrechtvaardig zijn om de verschillende representanten van allerlei richtingen verantwoordelijk te stellen voor deze babylonische spraakverwarring. Het is veeleer het onderwerp (...) waar wij ons wetenschappelijk mee bezig houden, dan de vele en zo vaak divergerende opvattingen. Deze laatste zijn veel meer secundair aan het eerste. Het is in de psychiatrie nu eenmaal een probleem, dat wij te maken hebben met twee principieel van elkaar verschillende klassen van verschijn-

selen. Steeds weer worden wij geconfronteerd met het feit, dat het uitgangspunt en het doel van een onderzoeker óf de somatische kant van een geestesstoornis betreft óf de psychische kant. De methoden van onderzoek worden daardoor eveneens zo onvergelijkbaar, dat hun samenhang (slechts) door vaak zeer ingewikkelde theorieën te construeren is' (p. 10).

De pathologische anatomie, gestoeld op de hypothese dat psychische stoornissen het gevolg zijn van hersenveranderingen en andere somatische zaken zoals veranderingen in het zenuwstelsel, heeft weinig oorzakelijke verbanden aangetoond, volgens Fischer 'Een soortgelijk beeld van de stand van het onderzoek geven de neurofysiologie, de biochemie, de electroencephalografie en andere wetenschappelijke methoden' (p.12). Ondanks deze feiten wil Fischer doorgaan met dit onderzoek 'omdat de hypothese zeker niet ongegrond (is), dat alle psychosen aan pathologische functies of uitval van het centrale zenuwstelsel gebonden zijn' (p.12). Hieruit blijkt dat de vooronderstelling waarmee de medische psychiatrie werkt, namelijk de hypothese dat psychische stoornissen het gevolg zijn van somatische storingen, de richting van hun denken bepaalt. Hiermee hangt samen dat psychische stoornissen te snel gemediceerd worden, wat ook blijkt uit de somatische behandelingsmethoden van de medische psychiatrie, van welke methoden het werk van Kalinowski en Hoch (1954) een goed overzicht biedt. Uit het boek van deze schrijvers blijkt, dat alle somatische behandelingen^{74*}, of ze nu chirurgisch, organisch of biochemisch van aard zijn, louter berusten op hypothesen en dat als ze al werken, men meestal helemaal niet weet waarom. Hoewel beide schrijvers de medische benadering verdedigen, staan ze er niet onkritisch tegenover. Ze verklaren onverbloemd dat men het totaal niet eens is over de oorzaken van ziekten, noch over het waarom van de effectiviteit van sommige behandelingen. 'Het onkritisch gebruik van somatische behandelingsmethoden, in het bijzonder van de electroshocks, is te betreuren', zeggen ze (p. 301), maar ze rechtvaardigen dit met de constatering dat ook een onkritisch gebruik van de psychotherapie voorkomt. Maar hun kritiek blijft: 'Ook wij zijn de mening toegedaan, die eens door Von Bayer werd uitgesproken, dat de shockbehandelingen geen etiologische therapie zijn, omdat de fundamentele structuur van de persoonlijkheid, de bodem, waarop de psychose groeit, niet aangeroerd wordt. Het opnieuw optreden van manisch-depres-

sieve psychosen (...) laat zien, dat zelfs dan, als de symptomen volledig bestreden zijn, sommige van de eraan ten grondslag liggende factoren niet in de behandeling betrokken zijn geweest' (p.301).

De psychotherapie wordt door Kalinowski en Hoch beschreven als een kwalitatieve behandeling en de psychochirurgie als een kwantitatieve behandeling, die geen oorzakelijke maar een symptoom-wegnemende therapie is. 'Wij zijn van mening, dat wij bij de psychochirurgie te maken hebben met een kwantitatief behandelingsproces, dat vele fundamentele ziekteprocessen onveranderd laat. De patiënt echter ervaart zijn eigen moeilijkheden niet meer, wordt er niet langer door beïnvloed en is daardoor in staat beter aangepast te leven' (p. 303). De auteurs wijzen voorts op de gevaren van sommige behandelingsmethoden zoals hersenoperaties, waarbij enerzijds niet voldoende veranderingen optreden wanneer men niet genoeg hersenweefsel wegsnijdt, maar anderzijds diepe persoonlijkheidsveranderingen kunnen optreden, wanneer men teveel weefsel zou verwijderen.

Deze uitweiding over de medische benadering maakt haar beperktheid duidelijk. Het betreft hier evenwel voorbeelden van een vaktechnische discussie, die doorgaans binnenskamers wordt gevoerd. De opstelling naar buiten toe is meestal veel zelfverzekerder. We hebben nu gezien dat ook deze richting haar onzekerheden kent. We zouden zo'n beschrijving ook van andere benaderingen kunnen geven. Elk onderdeel van de wetenschap schiet tekort, wanneer het uitspraken wil doen over een terrein dat het niet geheel bestrijkt. Veel methoden bestaan qua toepassing louter uit hypothesen, de werkelijke waarde ervan kan moeilijk achterhaald worden. Voor veel problemen bestaan veel mogelijke behandelingsstrategieën. Het lijkt inderdaad op een chaos, een onoverzichtelijk bos, waarin nodig gekapt moet worden. Hoe de verschillende behandelingsmethoden ten opzichte van elkaar staan, lijkt volledig onduidelijk en het lijkt vooral van het toeval af te hangen of de cliënt nu medisch, psychotherapeutisch of anders behandeld wordt.

Door de ideaaltypische ordening is enige duidelijkheid gekomen in de analytische plaats van de diverse benaderingen ten opzichte van elkaar. Daarbij gaat het dan om de etiologie (oorzakenleer) en we hebben gezien dat de verschillende benaderingen andere factoren als dominante oorzaak localiseren. We hebben evenwel gecon-

stateerd dat op het niveau van de toepassing meer onduidelijkheid bestaat, omdat dit niveau complexer is. Hieronder willen we proberen meer ordening te brengen op dit niveau. We zitten dan als het ware ook dichterbij de cliënt, die het allemaal aan den lijve ervaart.

4.5. Een pragmatische ordening

In deze paragraaf wil ik een pragmatische ordening aanbrenge, dit wil zeggen een ordening die meer uitgaat van de praktische verhouding van de verschillende benaderingen ten opzichte van elkaar. Daarbij gaat het om hun toepassing en wat ze in feite aan veranderingen te weeg brengen bij cliënten. In tegenstelling tot de ideaaltypische ordening, die uitgang van de verschillende analytische vertrekpunten der diverse benaderingen, gaat het ons in deze paragraaf vooral om meer duidelijkheid over de toepassing van die benaderingen. Daarbij richten we ons vooral op de psychologische benadering, dat wil zeggen op de methodische toepassingen (behandelingsmethoden) van de intra- en inter-psychische benadering. Omdat hier namelijk de mens- en maatschappijvisie duidelijker naar voren komt, zullen we ook de plaats van de politiserende hulpverlening duidelijker kunnen aangeven. Ik wil daarbij beginnen met een algemene vraagstelling, die meer ordening kan brengen en die ik onder meer terugvind bij Vroon (1976).

Vroon zoekt zijn mensbeeld in een idee, dat in grove lijnen door Duyker (1972) geschetst is en waarin het menselijk gedrag als meervoudig gedetermineerd wordt opgevat. Duyker geeft een aanzet tot discussie wanneer hij stelt: 'De psychologie is gebaseerd op de opvatting, het postulaat zo men wil, dat gedrag — ook menselijk gedrag — gedetermineerd is. Haar taak kan zelfs omschreven worden als het opsporen en identificeren van gedragsdeterminanten, het bepalen van de wijze waarop deze hun werking uitoefenen, en het nagaan van hun onderlinge relaties en wisselwerkingen (...). Wanneer wij menselijk gedrag — waartoe ik mij hier beperk — beschouwen, kunnen wij constateren dat het gedetermineerd kan worden door letterlijk alles ter wereld. Dit is trouwens in zekere zin een tautologie: immers, de menselijke wereld kan heel goed omschreven worden als de verzameling van mogelijke determinanten van menselijk gedrag' (p.129). Vervolgens

geeft Duyker een veelheid van gedragsdeterminanten aan, waarbij zijn kritiek aan het adres van de psychologie is, dat deze te zeer gericht is op de interne, motivationele gedragsdeterminanten, waardoor een vertekening van de realiteit kan optreden. Een proces dat in marxistische kritieken vaak de psychologisering van de werkelijkheid wordt genoemd.

Het model van de meervoudige gedetermineerdheid van het menselijk gedrag wordt door Vroon (1976) verduidelijkend — maar ook mechanistisch — gevarieerd met het 'bordenmodel', waarin hij de mens hypothetisch voorstelt als een stapel borden. De borden stellen dan verschillende functies en niveaus voor van het menselijk gedrag, alsmede verschillende gedragsbepalingen. Met behulp van dit schematisch model probeert Vroon zich voor te stellen hoe het succes van de verschillende therapieën valt te verklaren. Als er nu iets mis is met een van de borden, stelt Vroon, en de aangewende therapie methode is bedoeld voor dat 'bord' (bijvoorbeeld: verhoging van de ik-sterkte) dan kan zij heilzaam werken. Echter, 'te begrijpen valt dat therapeutisch ingrijpen in het "verkeerde bord" een nieuwe instabiliteit voortbrengt, ofwel dat het ziektebeeld wordt verergerd' (p.47).

Vanuit de eigen enge benadering wordt volgens Vroon zin gegeven aan de totale realiteit en zo komt men tot een generalisatie van de eigen beperktheid over allerlei gebieden, waarover men eigenlijk geen uitspraken kan doen. 'Het heeft er alle schijn van dat allerlei stromingen één laag van het menselijke aanboren, van de klassieke behaviorist die conditionering centraal stelt tot en met de humanist of de fenomenoloog. Allen vinden manieren van omgaan met dingen en stelsels wetten die iets van de mens beschrijven. Maar wat vervolgens wordt gedaan is generaliseren van de eigen laagsgewijze theorie over de totale mens, zodat de gedachte van de eenheid van zin uiteindelijk in alle stromingen terecht komt (...). Te vrezen valt echter dat zowel voor het algemeen onderzoek als voor de hulpverlenende praktijk geldt dat de mens vele malen ingewikkelder is dan hij binnen een of andere richting wordt voorgesteld' (p.48).

Vroon vat zijn gedachtengang als volgt samen: 'Veel van de moderne psychologie schetst een eenzijdig beeld van de mens en gaat weinig zorgvuldig te werk. Termen als bewustzijn, ik en zelf worden vaak verkeerd gebruikt, er worden kritiekloos veranderingstechnieken bedacht, de keuze uit gedragsdeterminanten is

dogmatisch en het optimisme is te groot. Een mens wordt veel te veel versimpeld weergegeven, er heerst een hevige vermenging van feiten en normen. De zinvol-geïntegreerde bestaanswijze van de mens wordt overdreven, het gezond verstand te veel geloofd en moraal in wetenschappelijk jargon verpakt. Daarnaast vraagt men zich te weinig af of beschrijving van gedrag geen gedrag voortbrengt. Het wordt de hoogste tijd de psychologie van de psychologie wat nader te gaan bezien' (p.56).

Aan deze laatste noodkreet zal ik hier geen gehoor geven. Het is bovendien de vraag of een antwoord op zijn oproep uitkomst kan bieden in de door hem gesignaleerde problemen. Hij signaleert immers twee problemen, die direct met elkaar samenhangen. In de eerste plaats constateert Vroon dat er veel gebeunhaasd wordt in de therapeutische wereld en dat er op wetenschappelijk ontoelaatbare wijze wordt gegeneraliseerd. Voorts is er een wildgroei ontstaan aan therapieën, waartoe we ook de sensitivity-trainingen kunnen rekenen vanwege de geconstateerde therapeutische effecten ervan (onder meer de Bruijn en Kok, 1975, en Buunk, 1975, hebben hierop gewezen). Begrijpelijk dat Vroon zich hierover zorgen maakt en dat hij op wetenschappelijke gronden bezwaren heeft tegen dit ongecontroleerd uitdijen van het therapeutische bos.

In de tweede plaats lijkt het erop dat Vroon de behoefte heeft om iedere therapie een eigen plaats binnen de hulpverlening te geven, vanuit de idee dat iedere therapie beperkt is en daarom haar plaats moet weten, waarbij idealiter een analogie zou moeten optreden met het bordenmodel. Dit zou echter mijns inziens ongewenst en onmogelijk zijn. De samenleving als geheel van maatschappelijke verhoudingen is immers voortdurend in ontwikkeling en daardoor (evenals haar leden) een (steeds) veranderende entiteit. Men kan daardoor nooit tot een statische lokalisering komen van de diverse therapieën en benaderingen. In een ideaal geval zou dit hoogstens als een momentopname mogelijk zijn, maar de actualiteit ervan zou al verstreken zijn op het moment dat men het op papier gezet heeft.

Hiermee wordt duidelijk dat het wel aantrekkelijk zou zijn om op deze manier tot een ordening te komen, maar het is niet reëel. Meestal komt het in zo'n ordening neer op een indeling in hulpverleningsmodellen uitgaande van de doelstellingen van die modellen. Wat Vroon voor ogen staat is een ordening van modellen naar

het object ervan, met andere woorden naar de laag (het bord) van het menselijk functioneren waarop de therapieën gericht zijn. We zien echter dat het juist daar gaat om een strijd, zowel op het gebied van de diagnose als op het gebied van de behandeling. De mens is nu eenmaal niet op te delen in aparte lagen, deze hangen direct met elkaar samen. Wanneer men de mens wel opdeelt, dan leidt dat tot vervreemding en krijgt men precies de problemen die Vroon signaleert: elke 'laagsgewijze' therapie geeft zin aan het hele bestaan van de mens. We zien juist dat de opkomst van de humanistische psychologie en daarmee verwante therapieën sterk samenhangen met de vervreemdingsverschijnselen in de maatschappij, waar de mens wel voortdurend wordt opgedeeld en daardoor de zin voor het geheel verliest.

Een pragmatische ordening naar de toepassing van verschillende benaderingen acht ik weinig zinvol. We zien in de praktijk dat psychotherapieën zich richten op intra-psychische variabelen, maar dat de gevolgen daarvan verder kunnen strekken (bijvoorbeeld op inter-psychisch niveau). De gerichtheid op interactiepatronen kan eveneens leiden tot intra-psychische veranderingen. We kunnen daarom niet indelen naar effecten of doelstellingen. De effecten van therapieën lopen daarvoor te ver uiteen en zijn te zeer afhankelijk van andere factoren. De doelstellingen anderzijds dekken heel vaak niet de werkelijke effecten. Een pragmatische ordening kan wel opgezet worden naar aangewende middelen en instrumentele benadering van de cliënt. Maar daarmee komen we heel dicht bij de ideaaltypische indeling, omdat de analyse van een probleemsituatie sterk samenhangt met hoe men die denkt te kunnen veranderen. We zullen daarom nogmaals terugkomen op de ideaaltypische ordening, ditmaal vanuit een ander standpunt benaderd.

De filosoof Kuhn (1972) heeft een beschrijving gemaakt van de ontwikkeling van de wetenschap. Hij geeft een ontwikkeling aan voor de natuurwetenschappen en constateert dat zich daar revoluties voordoen, waarin het ene paradigma het andere opvolgt doordat het meer verklaringswaarde biedt met betrekking tot de onderzochte verschijnselen dan voorgaande paradigma's. Een paradigma omschrijft hij als een formulering van basisoriëntaties waarop de wetenschap berust en waarop men zich verenigt en van waaruit onderzoeksvraagstellingen worden opgesteld. Hoewel deze ontwikkeling van de wetenschap niet toepasbaar wordt geacht voor de

sociale wetenschappen, omdat daar meerdere paradigma's naast elkaar zouden kunnen bestaan, werpt deze schets van Kuhn wel een ander en verhelderend licht op de zaak. We kunnen immers stellen dat er geen omvattende theorie of paradigma is voor de verklaring van menselijke en intermenselijke verschijnselen. In zekere zin bestrijden de genoemde benaderingen elkaar. We kunnen echter ook stellen dat de intra-psychische benadering vanuit haar axioma's een aantal verschijnselen niet kan verklaren, die de extra-psychische benadering wel kan verklaren. Anderzijds kan de extra-psychische benadering een aantal verschijnselen op intra-psychisch niveau niet verklaren, wanneer ze uitsluitend de extra-psychische variabelen beschouwt. Dit leidt er toe dat we moeten concluderen dat het individu, de sociale en de maatschappelijke verbanden elk hun specifieke eigenheid hebben.

Dit stelde ik ook reeds in het eerste deel, waar ik zei dat elk van deze gehelen een eigen entiteit is, met eigen wetten, terwijl er wel een onderlinge afhankelijkheid bestaat. De verschillende benaderingen redeneren alle vanuit een andere entiteit en geven van daaruit, zoals Vroon signaleert, zin aan het totale bestaan van de mens. Dit zagen we ook reeds in de paragraaf over de eenzijdigheid van de diverse benaderingen. In zekere zin is de ontwikkeling in de psychiatrie te vergelijken met de wetenschappelijke revoluties die Kuhn signaleert, ook al bestaan er dan meerdere paradigma's naast elkaar die eenzijdig zijn. We zagen een dergelijk proces in de psychiatrie bij de opkomst van de psychoanalyse en van de sociale psychiatrie en bij de opkomst van de antipsychiatrie. Deze benaderingen verrijkten de psychiatrie in die zin, dat ze een aantal (aspecten van) problemen of psychische stoornissen verklaarden, die voorgaande benaderingen niet konden verklaren. Dit is een belangrijke reden voor het bestaan van de verschillende benaderingen naast elkaar. Een allesomvattende of integrale benadering zou een benadering zijn, waarin alle aspecten waaraan de afzonderlijke benaderingen hun bestaan danken aan bod komen. De politiserende hulpverlening dankt haar bestaan dus in feite aan de eenzijdigheid van de andere benaderingen, met andere woorden zij heeft oog voor essentiële aspecten waaraan de bestaande (eenzijdige) benaderingen voorbijgaan.

Zoals ik eerder constateerde hoeft de benadering van de problematiek in de diagnose niet overeen te stemmen met de behandeling. Een extra-psychische diagnose hoeft niet te leiden tot een

extra-psychische behandeling. We zullen dit verderop nog zien. Zo hoeft ook een medische diagnose niet te leiden tot een medische behandeling. We zullen dit illustreren aan de hand van een eenvoudig voorbeeld. Een cliënt wordt naar een psychiater doorverwezen vanwege intra- en inter-psychische problemen: hij functioneert problematisch in zijn gezin, is lusteloos en traag en kan in zijn werksituatie het werk niet meer aan. Na onderzoek constateert de (medische) psychiater, dat bepaalde delen van de hersenen zijn beschadigd en nog maar gedeeltelijk functioneren. We kunnen van deze cliënt zeggen, dat de dominante oorzaak van de problemen gelegen is in de somatische variabelen. Maar de medische psychiater staat machteloos wat de behandeling betreft. De cliënt kan opgenomen worden in een inrichting of middels toediening van bepaalde biochemische middelen wat actiever gemaakt worden. In zo'n geval zou echter, wat de behandeling betreft, gedacht kunnen worden aan een herstructurering van bepaalde situationele en inter-psychische variabelen. Er zou bijvoorbeeld gezocht kunnen worden naar een aangepaste werksituatie door een Bureau voor Experimentele Werkbemiddeling en het gezin zou betrokken kunnen worden in de behandeling met het doel samen tot andere omgangsvormen te komen die recht doen aan de belemmeringen die de cliënt ondervindt. In zo'n geval zien we dus dat de diagnose medisch van aard is, maar de behandeling niet.

Ik heb hierboven duidelijk proberen te maken wat de plaats van de politiserende hulpverlening is ten aanzien van andere benaderingen. Ik heb aangegeven, dat het daarbij gaat om fundamentele zaken. De situatie vergelijkend met het betoog van Kuhn over de ontwikkeling van de wetenschap, heb ik geconstateerd dat de politiserende hulpverlening haar bestaan dankt aan het feit dat de andere benaderingen eenzijdig zijn en dat de politiserende hulpverlening een wezenlijk ander paradigma heeft dan de andere benaderingen. De kern van het verschil ligt in de lokalisering van de dominante oorzaak voor een probleem. Maar ik benadrukte, dat de zaak in feite gecompliceerder is, omdat er een onderscheid bestaat tussen de diagnose van een probleem en de behandeling. Zo kunnen de dominante oorzaken voor sommige problemen van medische aard zijn, maar kan de behandeling gelegen zijn in een manipulatie van de extra-psychische variabelen. Een psychotherapeut zal bij een bepaald probleem de cliënt helpen door hem anders te leren omgaan met zijn situatie, zodat de cliënt daar minder

spanningen ervaart, terwijl de politiserende hulpverlener de cliënt zal helpen door te proberen die situatie te veranderen of te beïnvloeden. De plaats van de politiserende hulpverlening is dus van een ander niveau dan de plaats van de psychoanalyse ten opzichte van de 'client-centered' therapie. Deze laatste twee zijn van hetzelfde niveau, namelijk beide van intra-psychische aard, terwijl de politiserende hulpverlening van extra-psychisch niveau is.

Nu wil ik nog even ingaan op de bruikbaarheid van bovenstaande indeling. Ik schetste reeds de wenselijkheid van integrale hulpverlening, waarin de verschillende benaderingen aan bod komen. Wanneer we constateren dat het gedrag van mensen meervoudig gedetermineerd is, moeten we er van uitgaan dat dit bij gestoord gedrag evenzeer het geval is. Dit pleit voor een multicausaal diagnostisch systeem. De psychiater Rümke ontwierp lang geleden al een meer genuanceerde etiologie, waarin diverse oorzaken en omstandigheden verantwoordelijk worden gesteld voor het ontstaan van psychische stoornissen. Binnen het medische model ontwikkelde hij een multicausaal diagnostisch systeem, waarin hij negen hoofdcategorieën van mogelijke oorzaken onderscheidde (Fischer, 1963, p. 59). Het achterliggende idee was hieruit een hoofdoorzaak te distilleren. Het model was evenwel te idealistisch, omdat één psychiater nooit zo'n breed terrein beheerst. Bovendien bevat zo'n systeem delen, die elkaar tegenspreken. De selectieve perceptie van de therapeut (datgene als oorzaak diagnostiseren, wat men als oorzaak verwacht) is in de praktijk de belangrijkste handicap voor zo'n breed opgezet systeem. Fischer ontwikkelde een vereenvoudigd systeem, waarin hij een onderscheid maakt tussen noodzakelijke voorwaarden en beslissende oorzaken bij het ontstaan van een stoornis. Het systeem blijft evenwel beperkt tot factoren van medische aard (Fischer, 1963, p. 93 ev.).

Om tot een verantwoorde hulpverlening te komen zou een breed diagnostisch systeem noodzakelijk zijn. Daarin zouden de hoofdcategorieën moeten bestaan uit de vijf soorten variabelen die ik in het eerste deel noemde, en die zouden weer onderverdeeld moeten worden in subcategorieën. In het maatschappelijk werk blijkt de behoefte aan een dergelijke benadering van cliënten reeds uit de uitgebreide 'intake' van cliënten: wanneer een cliënt zich aanmeldt wordt min of meer grondig nagegaan welke probleemgebieden de cliënt heeft, waarna hij naar een bepaalde (gespecialiseerde) therapeut wordt doorverwezen. Ook de aanzetten

voor multidisciplinaire samenwerking zijn een uiting van de behoefte van de verschillende benaderingen om de eigen eenzijdige visie te doorbreken. De medische psychiater zou dan gericht(er) kunnen werken, wanneer problemen inderdaad door storingen in het zenuwstelsel optreden, maar samen kunnen werken, wanneer de oorzaken op meerdere gebieden liggen of de behandeling om een bredere aanpak vraagt. Zoals gezegd is de hoofdoorzaak vaak moeilijk vast te stellen. Bij schizofrenie bijvoorbeeld zal de medische psychiater meestal tot een andere conclusie over de oorzaak komen dan de interactionist. Bovendien wordt de zaak gecompliceerd door het stadium, waarin de cliënt deskundige hulp inroept: in het beginstadium van de problematiek is de oorzaak doorgaans duidelijker vast te stellen dan na enige tijd. Sociale problemen kunnen zich na een poos psychisch of somatisch gaan verzelfstandigen. In zo'n geval zal een psychotherapeut misschien snel constateren dat het probleem alleen een kwestie is van intrapsychische variabelen. Voorts zien we dat er vaak — speciaal bij problemen met extra-psychische oorzaken — aan symptoombestrijding wordt gedaan. Misschien is dat ook de taak — en dus de onmacht — van de curatieve hulpverlening, maar in zo'n geval past men de cliënt slechts aan de omstandigheden aan: deze omstandigheden zelf komen niet ter discussie te staan. De problemen hieromtrent leiden in de praktijk vaak tot heftige conflicten, omdat een uiteenlopende visie ontstaat over de manier waarop men op de problemen van een cliënt ingaat. Dergelijke conflicten komt men veel tegen in casus-beschrijvingen in de alternatieve hulpverlening. De Sosjale Joenit Den Haag (1971) geeft hiervan een treffend voorbeeld.

Ten slotte wil ik nog nader ingaan op de plaats van de politiserende hulpverlening ten opzichte van de sociaal psychiatrische benadering. We kunnen immers constateren dat de sociale psychiatrie ook een macro-benadering is van de psychische problematiek. Veel onderzoeken die ik in het eerste deel aanhaalde zijn door de sociale psychiatrie opgezet en uitgevoerd. De sociale psychiatrie laat zich sterk inspireren door de sociologie. Maar binnen de sociologie zijn vele stromingen. Hetzelfde geldt voor de sociale psychiatrie. Bij de sociale psychiatrie zijn de twee gezichten van de hulpverlening, dat van de analyse en dat van de toepassing (behandeling), duidelijk herkenbaar. Vooral op het gebied van de toepassing zien we dat er grote verschillen bestaan binnen de sociaal-

psychiatrische benadering. De grenzen tussen de sociale psychiatrie en de antipsychiatrie of radicale psychiatrie zijn soms vaag. In Nederland noemen de psychiaters Foudraire, Trimbos en Maas zich sociale psychiaters, maar in veel denkbeelden stemmen ze sterk overeen met de ideeën van de antipsychiatrie, vooral waar het gaat om de behandeling van patiënten. Afhankelijk van de opstelling van de sociaalpsychiater vertoont hij meer of minder verwantschap met de politiserende hulpverlening: reden waarom wij de sociaalpsychiatrische benadering zowel indeelden bij de extra-psychische als de inter-psychische benadering. Overigens geldt hier minder het pragmatische verschil tussen de politiserende hulpverlening en de sociale psychiatrie dan bij de antipsychiatrie, omdat de ambulante hulpverlening ook het werkterrein is van de sociale psychiatrie. Bij de antipsychiatrie ligt het werkterrein meer op het gebied van de intramurale zorg. Hieronder zullen we dieper ingaan op de identiteit van de politiserende hulpverlening en op de gedifferentieerdheid binnen deze benadering.

DE IDENTITEIT VAN DE POLITISERENDE HULPVERLENING

ZOALS gezegd ontleent de politiserende hulpverlening haar bestaansrecht aan het feit dat veel problemen van cliënten veroorzaakt worden door maatschappelijke en situationele omstandigheden. Eveneens werd duidelijk dat het voor de politiserende hulpverlening noodzakelijk is om in discussie te treden met stromingen die van andere vooronderstellingen uitgaan en die andere behandelingsmethoden voorstaan. Deze discussie speelt ook in het wetenschappelijk onderzoek, waar biogenetische studies de resultaten van psycho- en sociogenetische studies bestrijden dan wel aanvullen.

Een belangrijk element in die discussie is de beantwoording van de vraag hoe het komt dat psychische stoornissen meer in de onderlaag voorkomen dan in de boventagen. Ter beantwoording van deze vraag bestaan globaal twee verklaringen. De eerste verklaring wordt verdedigd door de sociale psychiatrie en luidt dat de leef-, woon- en werkomstandigheden in de laagste sociale laag de oorzaak vormen van de psychische stoornissen (sociale oorzaak). De tweede verklaring wordt verdedigd door de medische benadering en luidt dat de laagste sociale laag de vergaarbak is van mensen die uit hogere sociale lagen terugvallen vanwege hun psychische problemen (sociale selectie). Strotzka (1972, p. 114), een 'gematigde' sociaalpsychiater, blijft nogal vaag over deze materie. Volgens hem hebben beide verklaringen wel bewijskracht. 'Zonder twijfel heeft de woonomgeving pathogene invloeden op kinderen, wat bevestigd wordt door talrijke therapeutische ervaringen (...). Even gewis blijven mensen die mislukt zijn en altijd tekort zijn geschoten achter in slechte woongebieden of worden daarheen verdrongen'.

Om de theorie van de sociale selectie te bewijzen zou men twee

dingen moeten aantonen: dat mensen met psychische stoornissen inderdaad dalen in sociale status én dat deze neerwaartse beweging groter is dan bij de gehele bevolking. Gleiss ea. (1973, p. 51) noemen drie onderzoeken⁷⁵ die bewijzen dat er sprake is van een neerwaartse beweging bij psychisch zieken en schizofrenen voor de aanvang van de eerste opname. Deze neerwaartse beweging is groter dan het gemiddelde over de gehele bevolking, als criterium geldt de vergelijking van de sociale positie van de onderzochten met die van de ouders. De meeste onderzoeken⁷⁶ wijzen evenwel uit dat de neerwaartse beweging niet dermate groot is, dat men er de theorie van de sociale selectie mee kan bewijzen. Ook in de New Haven Study van Hollingshead en Redlich wordt geconcludeerd dat de sociale selectie slechts van ondergeschikte betekenis is voor de hoogte van de incidentie-ratio. Zo leefde maar ruim één procent van de schizofrenen in een lagere sociale laag dan hun ouders; 89 procent kwam uit dezelfde laag. Kornhauser komt tot dezelfde conclusie (Deppe, 1970, p. 129 ev.). Hij ging echter anders te werk. Hij stelde dat wanneer de theorie van de sociale selectie zou kloppen, dit teruggevonden zou moeten worden in persoonlijkheidskenmerken. De pathologische persoonlijkheidsstructuur, die als oorzaak voor de stoornis en de sociale selectie wordt voorondersteld, zou dus al aanwezig moeten zijn vóórdát de arbeider gaat werken in de fabriek en tot de laagste sociale laag gaat behoren. Men zou dit kunnen onderzoeken op scholen en in andere opleidingssituaties. Op basis van zijn onderzoek kon Kornhauser deze hypothese falsifiëren en hij concludeert dan ook dat de persoonlijkheid van de arbeider als oorzaak van zijn psychische problemen in hoge mate kan worden uitgesloten. Ook Nijhof (1972, p. 122 ev.) concludeert op basis van onderzoek 'dat neerwaartse sociale mobiliteit slechts een zeer gedeeltelijke verklaring kan bieden voor de slechtere (psychische) gezondheid van deze strata.'

Dit bevestigt nogmaals dat men met biogenetische studies (erfelijkheidsonderzoeken, onderzoeken naar somatische disfuncties en dergelijke) geen toereikende verklaringen kan geven als men wil bewijzen dat de opeenstapeling van psychische problemen in de onderste bevolkinglagen toegeschreven kan worden aan de persoonlijkheid van de mensen zelf. We hebben in het eerste deel van dit boek gezien, dat de leden van de onderste bevolkinglagen wél specifieke persoonlijkheidskenmerken hebben, maar die zijn

grotendeels het gevolg van de omstandigheden waarin deze mensen leven. Dit wil zeggen dat men met psychotherapieën alléén geen oplossing zal kunnen bieden voor veel problemen. Dit roept verwondering op over het feit dat voorheen maatschappelijke achtergronden van problemen nauwelijks of helemaal niet werden betrokken in het hulpverleningsproces en slechts in zeer beperkte mate in de preventieve sector. Aan deze tekortkoming wil de politiserende hulpverlening tegemoet komen door wél aandacht te besteden aan de maatschappelijke achtergronden van problemen en deze tot expliciet object te maken van de hulpverlening.

Op welke manier dit gebeurt zullen we in het onderstaande globaal beschrijven.

5.1. Kenmerken van de politiserende hulpverlening

In het preventieve werk onderscheidt de politiserende hulpverlening zich door de structurele aanpak, die vaak begeleid wordt door sociale en politieke actie. Kenmerkend is het nastreven van integratie van het preventieve en curatieve werk. Op deze preventie zullen we in het laatste deel uitgebreid ingaan.

In de hulpverlening aan cliënten kan men verschillende vormen onderscheiden. Naast de individuele en de groepsgewijze hulpverlening onderscheiden Burki ea. (1977) ook nog deelalternatieven. Deelalternatieven noemen zij projecten, waarin mensen maatschappelijke tekorten kunnen opheffen en waarin zij vorm kunnen geven aan omgangsvormen zoals zij die zich wensen. Als voorbeelden noemen zij het kraken van leegstaande panden om daarmee de woningnood (voor zichzelf) op te heffen en te kunnen experimenteren met andere samenlevingsvormen. Voorts noemen zij jongerensoïeïteiten die door de jongeren zelf worden geëxploiteerd (vormen van zelfbeheer) en andere vormen van zelfbestuur. Aan deze deelalternatieven zal ik slechts terloops aandacht besteden. Ik wil eerst ingaan op de individuele en groepshulpverlening. We kunnen stellen dat in deze hulpverlening de volgende drie aspecten zijn te onderscheiden:

1. *het therapeutische of hulpverlenende aspect*. Hieronder versta ik het zoeken naar een mogelijke individuele oplossing voor het probleem van de cliënt. Bij problemen die erg structureel van aard zijn (bijvoorbeeld werkloosheid, huisvesting) zullen dikwijls alleen

oplossingen op lange termijn mogelijk zijn. Het individuele hulpverlenende aspect zal dan onder andere bestaan in het leren omgaan met het probleem (aanpassing van de cliënt aan de situatie).

2. *het bewustwordingsaspect of politiserende aspect*. Hieronder versta ik het analyseren en inzichtelijk maken van de maatschappelijke en situationele achtergronden en de ontstaanswijze van de problematiek.

3. *het politieke of actie-aspect*, waaronder ik versta het zich actief verzetten tegen de maatschappelijke en situationele oorzaken van de problematiek. Dit aspect treedt het sterkst naar voren bij groepen hulpvragers.

Zoals meestal, geldt ook nu dat deze indeling geen blauwdruk is die door iedere politiserende hulpverlener wordt gehanteerd. Zo kan het tweede aspect soms minimaal uitgewerkt worden of vooral als reflexief onderdeel van het derde aspect gelden. Aan het derde aspect komt men soms niet toe, zeker niet in de individuele hulpverlening. Heel vaak is de verhouding van deze aspecten ten opzichte van elkaar minder afhankelijk van de hulpverlener dan van de aard en de intensiteit van de problematiek. Dit wil ik illustreren aan de hand van een groep werklozen. Zo'n groep kan erg passief en lusteloos zijn, vooral wanneer deze groep langdurig werkloos is. Men zal dan veel aandacht moeten besteden aan het eerste aspect. Wanneer de groep pas korte tijd werkloos is zal ze gemakkelijker te activeren zijn tot het derde aspect en weinig behoefte hebben om lang stil te staan bij het tweede aspect. Vaak gebeurt het ook dat een groep werklozen überhaupt niet over werkloosheid zelf wil praten, maar wel te activeren is voor dingen die daar misschien wel mee samenhangen, maar er in ieder geval niet direct mee verbonden zijn. Duidelijk wordt hiermee dat werklozen niet met een vooropgesteld plan benaderd kunnen worden en dat blauwdrukken dus uit den boze zijn. Het derde aspect zal minder op de voorgrond treden wanneer men werkt met een groep weglopers (minderjarigen die van huis of uit een inrichting zijn weggelopen) of een groep (ex-)psychiatrische patiënten. De bewustwording van de eigen situatie en de persoonlijke emancipatie vergen veel tijd en het derde aspect ligt daardoor verder weg.

In feite blijkt hieruit dat de politiserende hulpverlening streeft naar een integratie van hulpverlening, vorming en actie. Het is echter niet nodig deze drie onderdelen bij één hulpverlener te verenigen. Ook een hulpverleningsinstelling hoeft niet per se alle drie

aspecten in haar takenpakket op te nemen. Wel is het nodig dat het een in het licht van het ander gebeurt. Bij veel problemen zullen de drie genoemde aspecten zo sterk met elkaar samenhangen dat ze noodzakelijk verenigd moeten worden. Maar men kan soms, wanneer men de individuele kant van de problemen naar bevrediging heeft opgelost, bijvoorbeeld een vormingscentrum te hulp roepen waarmee men een samenwerkingsrelatie heeft. Een combinatie van de vormingskant (bewustwording) en de hulpverlening (de individuele oplossing) kan soms een voorwaarde zijn voor het wegslagen van beide zaken. Wanneer men bijvoorbeeld met werkloosheidsproblematiek te maken heeft, kan het proces van bewustwording van de meer structurele achtergronden van de werkloosheid een noodzakelijke voorwaarde zijn om ook de individuele kant van het probleem het hoofd te kunnen bieden (bijvoorbeeld bij sterke schuldgevoelens tegenover de gemeenschap of bij gevoelens van zinloosheid door het gebrek aan werk). Soms kunnen problemen zo geëscaleerd zijn dat allereerst een vorm van crisis-interventie noodzakelijk is.

Er zijn een aantal probleemgebieden die duidelijk van structurele aard zijn (bijvoorbeeld woningnood en werkloosheid) en waarvan men weet dat ze aanleiding zijn tot het ontstaan van individuele problemen. Men kan als hulpverleningsinstelling dan zorg dragen voor de oplossing van de individuele kant van de problematiek, zo dit mogelijk is, maar de cliënten met deze problematiek tevens doorsturen naar belangengroeperingen op dit gebied. Men zal dan de cliënt moeten motiveren om zelf actief te worden voor de verbetering van de structurele kant van de problematiek. Op zo'n manier kan het politieke en sociale actie-aspect dus ook buiten de hulpverleningsinstelling plaats vinden, wanneer op het betreffende gebied al actiegroepen of belangenorganisaties actief zijn (zoals de Gekkenkrant of de Cliëntenbond). In zo'n geval moet de voorbereiding op de deelname aan dergelijke groeperingen een integraal onderdeel van de hulpverlening vormen. Wanneer dergelijke belangenorganisaties niet bestaan, heeft de hulpverleningsinstelling daartoe een initiërende taak. In de alternatieve hulpverlening zien we veel initiatieven op dit gebied. Zoals we later zullen zien, kunnen concrete acties ook heel goed door de groep zelf ondernomen worden en kunnen ze belangrijke bewustwordingsaspecten bevatten.

Politiserende hulpverlening hoeft dus met alle deelaspecten te

verenigen in een persoon of instelling. Men moet dit wel nastreven, wanneer er geen of weinig mogelijkheden tot doorverwijzing bestaan. Wanneer die er wel zijn, kan doorverwijzing soms tot meer resultaat leiden, omdat anderen meer deskundig zijn en meer ervaring hebben met de structurele aspecten van problematieken. Wanneer men een dergelijke samenwerking niet nastreeft, leidt dit tot grote versnippering en verliezen acties tegen maatschappelijke tekorten en mistoestanden hun kracht. Het spreekt voor zich dat een organisch samenwerkingsverband tussen hulpverleningsinstellingen, vormingsinstituten, belangenorganisaties en actiegroepen voorwaarde is voor een soepele doorverwijzing, die ook voor de cliënt logisch uit de hulpverlening volgt.

Hiermee hebben we een duidelijker en concreter beeld gekregen van de manier van werken van de politiserende hulpverlening. We hebben geconstateerd dat de drie aspecten op de een of andere manier geïntegreerd worden in de hulpverlening. Dat waren het hulpverlenings, het politiserings en het actie-aspect. Hieronder zullen we bekijken, waar we deze vorm van werken in de hulpverlening terug vinden.

5.2. Problemen rond de politiserende hulpverlening

De aanzetten waarin van een werkelijke integratie van bovengenoemde drie aspecten sprake is zijn nog gering in aantal. Aan de verandering van structurele oorzaken van probleemgebieden komt men vaak niet toe of men schuift dit af naar de preventie. We herkennen deze vorm van werken het duidelijkst bij de alternatieve hulpverlening (JAC, Release, Sosjale Joenit), in zelfhulpgroepen in de vrouwen- en homoficiënbeweging en hier en daar bij individuele hulpverleners in de gevestigde hulpverlening.

Toch schakelen we de alternatieve hulpverlening niet gelijk aan de politiserende hulpverlening. Het belangrijkste onderscheid bestaat in het feit, dat de alternatieve hulpverlening een institutie is, terwijl de politiserende hulpverlening een bepaalde methode is en een bepaalde benadering van problemen van cliënten. Binnen de alternatieve hulpverlening is de politiserende hulpverlening één van de manieren waarop hulp wordt verleend. Er zijn ook JAC's die zich in een heel andere richting ontwikkelen en bijvoorbeeld dichterbij het traditionele maatschappelijk werk komen te staan. Het

enige onderscheid is in zo'n geval dat men zich expliciet richt op jongeren. Een voorbeeld daarvan is het JAC in Eindhoven. Bovendien is het een vrij algemeen aanvaard principe binnen de alternatieve hulpverlening dat men werkt met vrijwilligers en zo professionalisering tegengaat. Dit is als principe met kenmerkend voor de politiserende hulpverlening. Zoals we in het laatste deel van dit boek nog zullen zien, wordt de inschakeling van vrijwilligers wel nagestreefd, maar stelt de politiserende hulpverlening ook eisen aan deskundigheid en verzet ze zich slechts tegen een aantal aspecten van de professionalisering.

Binnen de alternatieve hulpverlening zien we aanzetten waarin geprobeerd wordt tot politiserende hulpverlening te komen. Deze experimenten verlopen soms succesvol, soms moeizaam of frustrerend. Voor dit laatste zijn een aantal redenen aan te wijzen, welke ik hieronder zal bespreken.

Een eerste belangrijke oorzaak heeft te maken met het idealisme waarmee veel vrijwilligers en jonge gekwalificeerde hulpverleners aan hun taak beginnen. Vaak komen we in de alternatieve hulpverlening mensen tegen die zeer hooggespannen verwachtingen koesteren ten aanzien van de bereikbaarheid van het derde aspect. We zien dan dat men rechtstreeks afstoot op de sociale actie, daarbij vergetend de cliëntengroep in het spoor mee te nemen. Men zou dit het revolutionaire ongeduld kunnen noemen van de jonge hulpverlener. Graafsma beschrijft dit in de *Sjow-special* (1976, p. 333) als volgt: 'We herkennen de fasen: het enthousiasme van het begin, de moeizame weg van de verwerkelijking, de fase van protest tegen alle weerstanden, de toenemende moedeloosheid en (vaak) de verharding van standpunten naar een toenemende exclusiviteit'.

Dit idealisme moet niet doodgemaakt worden of gebagatelliseerd, wat vaak de neiging is van de oudere hulpverleners. Het idealisme is immers de motor om dit werk te kunnen doen. Maar het moet wel meer afgestemd worden op de realiteit. Wanneer dit niet gebeurt zien we vaak de door Graafsma beschreven ontwikkeling: frustratie en apathie, waarna men gedesilluseerd het werk verlaat, of het andere uiterste waarin men een harde politieke stellingname inneemt, tot een politieke subcultuur wordt en een exclusieve houding aanneemt. Het idealisme zal meer gefaseerd moeten worden, opdat men geen bliksemsnelle resultaten verwacht of nastreeft. Het idealisme zou omgezet moeten worden

in een taai volhoudendheid: het zich vastbijten in een bepaalde problematiek en deze terriër-houding laten resulteren in een sterke motivatie bij de groepsleden is vaak de enige manier om resultaten op langere termijn te boeken, als het gaat om meer structurele aangelegenheden. Men zal moeten incalculeren dat de weg naar actie altijd vertraagd wordt door de aandacht die men moet schenken aan de gevolgen van de problemen die de cliënten in het verleden hebben meegemaakt. Deze gevolgen kan men niet wegnemen door structurele oorzaken te bestrijden. Die gevolgen hebben zich vaak geïnternaliseerd in de cliënt en zullen daarom ook direct aandacht moeten krijgen: anders gaat men voorbij aan gerechtvaardigde eisen die de hulpvrager aan de hulpverlening stelt.

Een tweede belangrijke factor is het starre dogmatisme waarmee een groot aantal politiek geïnspireerde hulpverleners zichzelf kan handicappen. De hulpverlenende aspecten worden vaak veroordeeld met termen als aanpassing en pleisters-plakkerij (vgl. Hollstem, 1973, p. 9 ev.). Hoewel dit op zich niet van een onzuiver inzicht getuigt, gooit men toch het kind met het badwater weg. Wanneer men zich immers alleen bezighoudt met de structurele achtergronden van de problemen die men in de hulpverlening aantreft, verliest men de identiteit als hulpverlenende instelling en zal men spoedig geen cliënten of achterban meer hebben. De allereerste en vaak de enige interesse van cliënten is de oplossing van de individuele kant van de problematiek. Men moet daar als hulpverlener aan tegemoet komen. Gaat men daar aan voorbij dan wordt het hulpverleningsinstituut snel een politiek instituut.

Een derde factor is het feit dat experimenten in de praktijk vaak sterke tegenwerking krijgen van officiële zijde. Dikwijls ook stuit men op weerstand bij andere hulpverleners. Van overheidswege wordt nog weinig medewerking gegeven aan deze vorm van hulpverlening. Momenteel, nu de rijksbijdrageregeling bij afwezigheid van een kaderwet in werking gaat treden en de gemeentelijke goedkeuring aan alternatieve hulpverleningsinstellingen een voorwaarde is voor overheidssubsidie, dreigen bijvoorbeeld vele JAC's, vooral in steden waar de confessionele partijen de scepter zwaaien, hun subsidie te verliezen.

Een vierde factor is de bijna volledige afwezigheid van wetenschappelijke begeleiding en onderzoek. Argument hiervoor is vaak dat de politiserende hulpverlening te ideologisch of te normatief zou zijn. Eerder in dit deel lieten we zien dat dit beslist niet min-

der het geval is bij andere vormen van hulpverlening. De weerstand en het verzet tegen de verdere ontwikkeling van deze vorm van hulpverlening heeft tot gevolg dat in de praktijk frustraties optreden ten aanzien van de mogelijkheden van dit werk, omdat men wanneer men gewoon even vastloopt, geen oplossingen ziet bij gebrek aan dieper doordachte ervaringen met dit werk. Het gebrek aan wetenschappelijke kennis doet zich naar mijn ervaring het sterkst gelden bij het tweede aspect, waar het gaat over de analyse en inzichtverwerving in de achtergronden en de ontstaanswijze van de problematiek van de cliënten. Vooral het schrijnend gebrek aan inzicht bij de hulpverleners zelf in de bemiddelende factoren is er debet aan dat de overstap van het eerste aspect naar het derde aspect vaak mechanistisch, te rechtlijnig en te direct verloopt. Meer wetenschappelijk werk zou hier zeker verbetering in kunnen brengen.

5.3. Verschillende vormen van politiserende hulpverlening

Hierboven heb ik enkele uitgangspunten naar voren gebracht die gemeenschappelijk zijn voor de politiserende hulpverlening. In de praktijk zien we verschillende uitwerkingen van deze uitgangspunten, die enige jaren terug al duidelijk geformuleerd zijn door sommige Releases. Verspaandonk (1973, p.839) vat dit kort en bondig samen: 'De door Release te ontwikkelen hulpverleningsmethode zou erop gericht moeten zijn om vanuit de relatie met de hulpvrager deze inzicht te geven in de maatschappelijke bepaaldheid van zijn probleem, hem te solidariseren en te organiseren met lotgenoten en op basis van een gemeenschappelijke definitie van hun situatie actie te voeren om probleemverwekkende structuren ongedaan te maken. Men zou het als volgt kort samen kunnen vatten: hulpverlening moet leiden tot inzicht en inzicht moet leiden tot actie.'

We zien in de praktijk dat deze uitgangsfilosofie kan leiden tot verschillende werkwijzen. Deze werkwijzen verschillen ook per JAC of per hulpverlener. Soms wordt een principiële keuze gemaakt voor een specifieke werkwijze, maar meestal wordt zo'n keuze door de praktijk achterhaald en worden meerdere werkwijzen naast elkaar gebezigd; meestal wordt de keuze dan bepaald door de aard van de cliëntengroep (samenstelling groep, aard en in-

tensiteit van de problematiek etc.). We kunnen echter wel drie werkwijzen aangeven, die duidelijk te onderscheiden zijn en die samenhangen met verschillende opvattingen over hulpverlening.

1. De opvatting dat hulpverlening aanpassing en oplapping is, leidt ertoe dat men individuele hulpverlening als taak laat vallen of, wanneer men zijn identiteit als hulpverleningsinstelling wil behouden, dat men de problemen van cliënten op een vrij traditionele manier behandelt en zich verder richt — vaak buiten de cliënten om — op sociale en politieke actie, hetgeen dan de invulling is van de preventieve taken. Deze manier van werken wordt meestal niet lang vol gehouden. Ten aanzien van de individuele hulpverlening staat men te negatief. In de sociale actie daarentegen staat men vaak alleen, omdat men geen achterban heeft die weet dat men voor zijn belangen werkt. Deze tegenstellingen binnen het werk zelf zijn meestal weerspiegelingen van onderliggende objectieve maatschappelijke tegenstellingen. Ze leiden vaak tot een andere dan de hier beschreven keuze, die meestal na korte tijd wordt opgegeven, omdat deze eenzijdige en te principiële keuze leidt tot een uitzichtloze situatie, waarin de sociale actie machteloos is en niet tot verbeteringen leidt en waarin men geen hulpvragers meer bereikt.

2. Een tweede opvatting van het werk is de opstelling dat sociale en politieke actie niet tot de taken van de hulpverlening behoort. Men probeert de cliënten via de individuele hulpverlening te motiveren voor deelname aan praatgroepen, waarin gepoogd wordt aan de hand van ingebrachte problemen een bewustwordingsproces op gang te brengen. Daarin heeft men naast het zoeken naar individuele oplossingen als doelstelling inzicht te krijgen in de maatschappelijke achtergronden van de problematiek. De groepen zijn in principe niet taakgericht, hoewel het niet uitgesloten is dat men zich later organiseert of aan sociale actie deelneemt. De vorm komen we bijvoorbeeld heel duidelijk tegen in de praatgroepen in de vrouwenbeweging en in praatgroepen van homoseksuelen. Bij deze laatste groepen wordt het niet als taak gezien om zich te organiseren in belangengroepen, maar wordt wel duidelijk gewezen op de mogelijkheid en de noodzaak daartoe. In deze groepen laten zich heel duidelijk de drie eerder genoemde aspecten onderscheiden. Op individueel niveau: de acceptatie van de eigen seksuele geaardheid, het wegnemen van schuld- en schaamtegevoelens, het aanreiken van mogelijkheden om het leven als homo-

fiel op een zinvolle manier in te vullen. Op het niveau van bewustwording en politisering: het leren doorzien van de maatschappelijke discriminatie van de homofielen en het inzichtelijk maken van het feit dat de eigen mogelijkheden tot zelfacceptatie hier direct mee samenhangen. Tenslotte op het niveau van sociale actie: het belang onderkennen van het zich als groep organiseren om zich te weer te stellen tegen (de gevolgen van) de maatschappelijke discriminatie, het streven naar wettelijke erkenning van gelijke rechten (vergelijk de strijd van het COC voor gelijkberechtiging van homofiele relaties met huwelijksrelaties, de mogelijkheid tot het verkrijgen van adoptiekinderen, gelijke kansen op werk en promotie etcetera) en eventueel het onderkennen van de noodzaak om door acties de conerete discriminatie van homofielen door het grote publiek openlijk aan de kaak te stellen.

3. De derde vorm die we aantreffen is de volgende: cliënten worden vanuit hun eigen problemen geconfronteerd met de situationele en maatschappelijke achtergronden ervan. Bij voorkeur gebeurt dit in groepen, wanneer de intensiteit van de problematiek dit toestaat en de cliënt daar toe bereid is. Een noodzakelijk onderdeel van de individuele hulpverlening is de cliënt tot groepsdeelname te *motiveren*. Aldus wordt er een bewustwordingsproces op gang gebracht, waarin de cliënt tot een reconstructie kan komen van zijn eigen problemen, het ontstaan ervan en de factoren die de problemen beïnvloeden en versterken. Van daaruit kan gewerkt worden aan en gezocht worden naar individuele en structurele oplossingen voor de problematiek. Later in dit proces kan de groep cliënten zich vanuit de instelling actief gaan bezighouden met structurele oplossingen via sociale actie door deelname aan actiegroepen en belangenorganisaties die op het betreffende gebied al bestaan (bijvoorbeeld patiëntenraden, cliëntenbonden, gekkenkrant, COC, KWJ, vakbonden, Bond voor Wets-Overtreders, Belangengroep Minderjarigen, werklozencomités, vrouwengroepen en -organisaties, bejaardenbonden, etcetera).

Het is sterk afhankelijk van de problematiek of individuele oplossingen direct te vinden zijn. Bij huisvestingsproblemen – waarmee jongeren en alleenstaanden vaak naar een JAC of een Release komen – is een individuele oplossing, in de zin van het vinden van een kamer in de particuliere sector, meestal het enige dat binnen afzienbare tijd haalbaar is, hoewel de structurele huisvestingsproblematiek van jongeren en alleenstaanden er geen stap

verder mee komt.

Anders ligt het met ex-psychiatrische patiënten, voor wie de nazorg meestal slecht is, de uitstoting uit de sociale omgeving sterk, de mogelijkheden voor werk en wonen zeer gebrekkig en het vinden van een nieuwe identiteit zeer verwarrend. Hier zijn individuele oplossingen vaak niet direct te vinden. De individuele begeleiding zal frequenter moeten zijn en de groep zal langer een praatgroepkarakter hebben. Daarnaast kan het stellen van een gemeenschappelijke externe taak, die bijdraagt aan de structurele verbetering van hun positie, een zeer heilzame werking hebben; het mes snijdt dan aan twee kanten. We zullen in het volgende hoofdstuk verder ingaan op de mogelijkheden van dergelijke combinaties van actie als actie en actie als hulpverlening.

Naast de bovengenoemde driedeling speelt een andere kwestie, namelijk de plaats van bepaalde therapieën in de behandeling. In principe staat de politiserende hulpverlening niet afwijzend ten opzichte van het gebruik van therapieën. In extreme gevallen, bijvoorbeeld door mensen die de eerstgenoemde opvatting delen, wordt soms een volstrekte afwijzing van elke vorm van individuele therapie gepropageerd. Dit is beslist geen gemeenschappelijke houding, die typerend is voor de politiserende hulpverlening. De ervaring leert maar al te vaak, dat maatschappelijke tegenstellingen en stress-verwekkende leefomstandigheden zich weerspiegelen in het individu in de vorm van een psychische stoornis, met andere woorden uitwendige omstandigheden en spanningen kunnen zich psychisch verzelfstandigen in de richting van heftige verwarring of identiteitscrises. Psychotherapie of gebruik van psychofarmaca zijn dan een noodzakelijk hulpmiddel bij de behandeling. Het is absurd om te stellen dat men een maagzweer niet moet behandelen, omdat hij maatschappelijk veroorzaakt zou zijn. Psychotherapeutische behandeling is soms een absolute voorwaarde voor de vooruitgang van een cliënt. We moeten er dan wel voor waken dat een dergelijke behandeling zich niet gaat verzelfstandigen, zoals eerder gebeurde met het probleem.

In de alternatieve hulpverlening komen we bovengenoemde drie vormen alle drie tegen. Zoals gezegd weerspiegelen ze zich soms chronologisch in een verandering van de doelstellingen en werkwijzen van één instelling. Soms ook komen ze naast elkaar voor en zijn ze afhankelijk van een meer pluriforme opzet van een instel-

ling of van de aard van de problematiek. In de discussies in de alternatieve hulpverlening en in de artikelen die de laatste zeven jaar over de alternatieve hulpverlening zijn verschenen komen de dilemma's ten aanzien van bovengenoemde vormen van werken steeds weer terug. Voorbeelden van heftige polemieken rond deze keuzen vinden we terug bij Arendshorst (1972) en de reacties daarop van enkele afdelingen van Release (1972) en van Mak ea. (1972). Voorts bij Kruithof (1973) en Huijg (1975). Soms komen we teleurstelling tegen over de onhaalbaarheid van te hoog gespannen verwachtingen, waarvan Verspaandonk (1973) en de 'special' van Sjouw (1976) een nuchtere indruk geven.

Maar we komen ook heftige frustraties tegen, wanneer men bang is ingekapseld te worden of wanneer men verdrinkt in de individuele noodleniging. Deze teleurstelling kan zich ontladen in een afwijzing van alle mogelijkheden die de alternatieve hulpverlening nog zou kunnen hebben. Dit proces voltrok zich bij de opheffing van Release Amsterdam, waarvan de medewerkers op emotionele en machteloze wijze uiting gaven in hun bekende Lijkrede (1972). Deze alles of niets keuze is vaak een logisch gevolg van de alles of niets strategie die men volgt en de daarmee samenhangende hooggespannen verwachtingen waarmee vele politiek gemotiveerde hulpverleners het werk instappen. Achteraf wordt daar door sommigen wat soberder op terug gekeken zoals door Mak (1977 a, b), die enerzijds sentimenten heeft over het revolutionaire elan van destijds, maar anderzijds de functie van de alternatieve hulpverlening te veel beschouwt als een eendagsvlieg uit het verleden.

In het volgende deel wil ik verder ingaan op de manier van werken van de politiserende hulpverlening en op haar taken. Dan zal ook blijken dat meerdere werkmethodes mogelijk zijn dan de bovenstaande drie vormen, die vooral een uitwerking waren van de uitgangspunten van de politiserende hulpverlening.

III

DEEL III TAKEN EN WERKWIJZEN VAN DE POLITISERENDE HULPVERLENING



IN deel I van dit boek heb ik wetenschappelijke argumenten weergegeven om het bestaan van de politiserende hulpverlening te legitimeren en om haar enige grond onder de voeten te verschaffen. In het tweede deel heb ik de plaats van de politiserende hulpverlening bekeken ten opzichte van andere benaderingen en globaal aangegeven hoe de politiserende hulpverlening in de praktijk werkt. Dit laatste aspect wil ik in dit deel naar verschillende richtingen verder uitwerken, speciaal naar de kant van de preventie en het groepswork en minder naar de kant van de individuele hulpverlening. Hierbij staat me onder meer voor ogen de politiserende hulpverlening meer perspectief te bieden op de punten waarop ze moeilijk functioneert. Sommige heilige koeien van de politiserende hulpverlening zullen daarbij kritisch benaderd worden, met het doel meer openheid en toekomstperspectief te krijgen. Eveneens zal stelling worden genomen tegen enkele consequenties van andere benaderingen.

We zien dat de politiserende hulpverlening in de praktijk soms vastloopt. De gefrustreerdheid en overspannenheid, die we vaak aantreffen bij hulpverleners die werken volgens de uitgangspunten van de politiserende hulpverlening, zijn voor een deel te wijten aan objectieve oorzaken (overladen programma's, moeizame discussies, energie-opslorpende hulpverleningscontacten, tegenwerking van officiële instanties), maar ook voor een groot deel aan de manier van werken. Dit geldt met name wanneer het gaat om reacties als 'ik zie het niet meer zitten', 'we zijn ingekapseld' of 'we houden er mee op'. Meestal treden dergelijke reacties op wanneer men stuit op verzet en op de onhaalbaarheid van de gestelde doelen: juist dan raakt men verstrikt in de engheid van de eigen visie en ervaart men een gemis aan creativiteit om alternatieve we-

gen te ontdekken.

Naar veler waarneming barst onze samenleving van de interne tegenstellingen, die zich het sterkst uiten in concrete situaties. In principe moet daardoor in conflictsituaties ook een veelheid aan mogelijke oplossingen voorhanden zijn waartussen soms pragmatisch of opportunistisch^{77*} gekozen moet worden om een gewenste ontwikkeling op gang te brengen. Dikwijls echter blijkt dat men weinig mogelijke oplossingen ziet en in het nadenken daarover sterk geremd wordt door vooraf opgestelde werkplannen, waarvan het eindresultaat reeds vast staat nog voor men met het werk begonnen is. Ik zal hiervan een voorbeeld geven: gedreven door boosheid en bezorgdheid over de slechte behandeling van ex-psychiatrische patiënten gaan alternatieve instellingen vaak over tot het formeren van groepen van (ex-)psychiatrische patiënten, met name wanneer zij zich vaak melden voor individuele hulpverlening en begeleiding. De hulpverleners hebben doorgaans een duidelijk beeld van de feitelijke oorzaken van de slechte nabehandeling van ex-psychiatrische patiënten. Deze oorzaken willen zij graag bestrijden en ze weten vrij duidelijk wat er moet veranderen. Al te snel ziet men dit ook als taak van een groep (ex-)psychiatrische patiënten. Wanneer men echter samen met (ex-)psychiatrische patiënten aan actiepunten wil gaan werken, blijkt dat men te weinig of geen rekening heeft gehouden met de subjectieve situatie van de cliënten: hun sterke passiviteit en hun behoefte aan contact vanuit hun geïsoleerde positie, hun moeilijkheden om te communiceren en de noodzaak om een aantal gevolgen van het verblijf in een inrichting (waaronder hospitaliseringsverschijnselen) te overwinnen. In zo'n situatie lopen de verwachtingspatronen van hulpvragers en hulpverleners sterk uiteen en dit kan leiden tot onoplosbare conflicten, wanneer de daarop niet voorbereide hulpverleners zich laten frustreren door het feit dat ze niet meteen kunnen gaan werken aan de door hen bedachte actiepunten. Men wordt dan het slachtoffer van te rechtlijnig denken en van het gebrek aan creativiteit.

Een ander voorbeeld is het probleem dat ontstaat wanneer politiserende hulpverleners kiezen voor het opkomen voor onderdrukte bevolkingsgroepen. Het ligt voor de hand dat men dan gaat werken met bijvoorbeeld groepen werklozen. Hulpverleners veronderstellen in zo'n geval, vanuit het objectieve gegeven dat deze groep de grootste klappen krijgt in onze samenleving, dat deze groep

daarom ook subjectief dermate betrokken zal zijn bij het verschijnen werkloosheid, dat ze gemakkelijk te activeren zijn op dit gebied. Dat valt vaak vies tegen: in de praktijk blijkt maar al te vaak dat juist deze mensen het meest passief en apathisch zijn. De werking van zo'n groep vraagt van de hulpverlener een zeer actieve opstelling (bijvoorbeeld streetcorner-werk). Wanneer men er in slaagt een aantal werklozen voor een groep te motiveren is hun weerstand om te praten juist het grootst op het punt van de werkloosheid. Als hulpverlener zal men de activiteit van de groep dus in eerste instantie op andere zaken moeten richten. Deze problemen treft men ook aan in het vormingswerk, waar werkende jongeren juist de meeste tegenzin aan de dag leggen wanneer het erom gaat over hun werksituatie te praten.

De stelling dat onderdrukking tot boosheid en verzet leidt gaat maar ten dele op. De meest onderdrukte groepen zijn vaak het meest apathisch, omdat hun situatie uitzichtloos is en verzet op vele vlakken moet plaats vinden om tot wezenlijke verbetering te komen. We zullen daar in de loop van dit deel nog op terug komen. Maar van belang is dat verzet ook gebroken kan worden en dat tegenover negatieve ervaringen ook positieve ervaringen moeten staan. Het is niet zonder reden dat maatschappelijk verzet in feite juist bij die groepen begint die het relatief het beste hebben; de vrouwenbeweging is opgebloeid bij de vrouwen uit de middenlagen, soldatenverzet is bij intellectuelen begonnen, verzet tegen repressie en fascisme begint meestal bij de linkse intellectuelen. Het belang van het hebben van positieve ervaringen wordt hier erg duidelijk.

Dergelijke verschijnselen doen zich voor zonder dat men zich daarvan bewust is. Ervaring en onderzoek zijn daarom — ook voor het weislagen van de politiserende hulpverlening — van groot belang, omdat daardoor kennis kan ontstaan over de processen waarvan men bij een directe en spontane manier van werken geen weet heeft. Bovenstaande voorbeelden dienden om duidelijk te maken wat de frustrerende gevolgen kunnen zijn van onbegrip en onwetendheid ten aanzien van fundamentele kwesties. In dit deel wil ik daarom beginnen met een bezinning op de relatie tussen politiserende hulpverlening en wetenschap, omdat ik meen dat beide elkaar vooruit kunnen helpen. Vervolgens ga ik uitgebreid in op de preventieve taken van de (politiserende) hulpverlening, op het groepswork en tenslotte op de individuele hulpverlening.

POLITISERENDE HULPVERLENING EN WETENSCHAP

EEN essentieel onderdeel van de emancipatie van de politiserende hulpverlening — een stroming in de hulpverlening waaraan in de wetenschap pas sinds kort aandacht wordt besteed — is het verrichten van onderzoek en het opleiden van hulpverleners. Dit pleit ervoor om op wetenschappelijk niveau actief te werken aan de ontwikkeling en uitbouw van faciliteiten voor de politiserende hulpverlening. Wetenschappelijk zijn daarvoor de sociale wetenschappen en de sociale psychiatrie de meest aangewezen disciplines. Op wetenschappelijk niveau zijn echter de mogelijkheden nog niet aanwezig tot het voeren van een discussie met psychotherapeutische en medische stromingen. Vooral van de kant van de politiserende hulpverlening ontbreekt het nog aan voldoende onderzoeksgegevens en ontwikkelde hulpverleningsinstrumenten. Een wetenschappelijke ontwikkeling van de politiserende hulpverlening kan er onder andere toe bijdragen, dat de medische benadering, die veel psychische en sociale aspecten medicineert, teruggedrongen wordt van het gebied waar ze niet thuis hoort. Hetzelfde geldt voor de psychotherapeutische benadering, die veel maatschappelijke en sociale problemen psychologiseert en individualiseert.

Het belang van de wetenschappelijke onderbouwing van de politiserende hulpverlening wordt nogal eens onderschat of met ideologische argumenten van de hand gewezen ('wetenschap is toch burgerlijk'). Toch wil ik het belang onderstrepen van een bevochten emancipatorische wetenschap (er zijn immers al aanzetten op diverse universiteiten). Het belang van de ontwikkeling van de wetenschap ligt voor de praktijk in de betere begeleiding van experimenten in onder andere de alternatieve hulpverlening. In de alternatieve hulpverlening worden sinds haar ontstaan veel experimenten opgezet, waarvan er ook regelmatig mislukken. Meestal expe-

rumenteert men daarna op een andere manier verder. Meer wetenschappelijke begeleiding zou er toe kunnen bijdragen dat deze experimenten beter geëvalueerd worden (en dit is meer dan achteraf opschrijven wat men voorheen heeft gedaan!) en zo op langere termijn tot meer resultaat leiden. Zo kan de politiserende hulpverlening op den duur een eigen methodisch instrumentarium verwerven. Tevens kan men hierdoor voorkomen dat steeds opnieuw dezelfde fouten worden gemaakt wanneer men met groepen hulpvragers begint te werken.

Ook op diagnostisch niveau is het van belang om tot meer wetenschappelijke inzichten te komen, omdat hier zowel op universitair niveau als in de praktijk belangrijke strijdpunten liggen met andere benaderingen. We kunnen daarbij aansluiten bij een lange traditie (onder meer de sociale psychiatrie, de antipsychiatrie, de sociologie en de marxistische psychologie), waar we onze eigen inzichten en onderzoeksresultaten aan toe kunnen voegen. Het maatschappelijk en praktisch nut van zo'n wetenschappelijke discussie blijkt bijvoorbeeld uit de *nature-nurture* discussie, die zich afspeelt op het terrein van de intelligentietheorieën. Het gaat daarbij om het strijdpunt of intelligentie erfelijk (en dus aangeboren) is of verworven wordt in de loop van de opvoeding. De wetenschappelijke discussie is op dit punt dermate gevorderd, dat beide richtingen erkennen dat zowel de erfelijkheid als de opvoeding (en het sociaal milieu) een rol spelen. De discussie gaat nu om de onderlinge verhouding van de invloed van deze beide factoren. Jensen betoogde dat deze verhouding tachtig procent erfelijkheid zou zijn en twintig procent opvoeding en socialisatie, maar de juistheid van de conclusies van zijn onderzoek wordt ernstig betwijfeld (zie Kamin, 1974). De genetici hebben tot nu toe de meeste maatschappelijke invloed gehad, hoewel de invloed van normatieve en ideologische vooronderstellingen op hun theorieën en onderzoeken al vele malen werd aangetoond (zie ondermeer Montagu, 1977). Hun erfelijkheidstheorieën hebben in het verleden vaak als wetenschappelijke legitimatie gediend voor de ongelijke kansen in het onderwijs, voor rassenongelijkheid etcetera. Het maatschappelijk en praktisch nut van een dergelijke discussie is dan ook duidelijk. Zo leverde de geneticus Burt, de grondlegger van het denken over intelligentie in Engeland, de basis voor de opzet van het middelbare onderwijs in Engeland, dat in strenge categorieën werd onderverdeeld. Burt had namelijk door middel

van onderzoek bewezen dat intelligentie na de puberteit nauwelijks meer veranderde. Achteraf bleek dit onderzoek gefingeerd, de statistische gegevens waren volkomen onwaarschijnlijk waterdicht, de gegevens van de proefpersonen 'spoorloos'. Enkele wetenschappelijke onderzoekers die zijn onderzoeksresultaten in publicaties volledig ondersteunden, bleken überhaupt niet te bestaan, aldus een mededeling in de pers (NRC, 26-10-1976).

Wetenschappelijk onderzoek kan daarom bijzonder belangrijk zijn, zowel in negatieve als positieve zin. Analooq aan de erfelijkheidstheorieën met betrekking tot intelligentie, bestaan er binnen de medische psychiatrie ook erfelijkheidstheorieën met betrekking tot schizofrenie en misdadigheid (zie Eysenek, 1975). We zagen in het tweede deel dat de medische psychiatrie voor een groot gedeelte is gebaseerd op hypothesen en vooronderstellingen. Politieke en sociale vooroordelen kunnen gemakkelijk in wetenschappelijk vakjargon verhuld worden. De discussie over het ontstaan van homofilie maakt dit bijzonder duidelijk. Het is daarom belangrijk dat ook op wetenschappelijk niveau strijd geleverd wordt. In de praktijk van de geestelijke gezondheidszorg wordt immers vaak bewezen dat sociale en maatschappelijke problemen worden gepsycho-logiseerd (geïndividualiseerd) en gemediceerd (gesomatiseerd). Anderzijds moeten wij zelf ervoor oppassen medische en psychische problemen niet te *sociologiseren*. We hebben immers gezien dat problemen in de concrete werkelijkheid vaak gecompliceerd zijn omdat ze zowel een individuele, een sociale en een maatschappelijke kant hebben, evenals een medische (bijvoorbeeld bij psychosomatische klachten).

Een kritische houding is daarom geboden: maatschappelijke problemen kunnen zich gemakkelijk individueel verzelfstandigen tot psychische problemen, waaraan een psychotherapeut met de beste wil van de wereld geen maatschappelijk kant kan ontdekken (vergelijk vrouwenproblematiek). Hoe ernstiger de storing, hoe sneller dit zal gebeuren (speciaal bij psychosen, neurosen en alcoholisme). Vaak kan een psychische stoornis begrepen worden als een gestoorde individuele reactie op een onbevredigende leefsituatie. Maar dat het ene individu anders reageert op zo'n situatie dan het andere wil nog geenszins zeggen dat die situatie daardoor een individuele aangelegenheid is. Zo kunnen individueel opgeladen spanningen zich gemakkelijk uiteten in storingen in het zenuwstelsel zonder dat hier van medische oorzaken sprake hoeft

te zijn. Wel kan dit samenhangen met bepaalde disposities in de persoonlijkheid van de cliënt. Zo kan men zich voorstellen dat een introvert iemand bepaalde problemen van maatschappelijke aard eerder opkropt dan een extravert iemand die spanningen veel eerder zal afreageren. De oorzaak van de problematiek kan dan precies eender zijn, maar de personen gaan er anders mee om, en hun moeilijkheden kunnen zich uiten respectievelijk op intrapsychisch en inter-psychisch niveau.

Het opsporen van bemiddelende factoren is daarom een belangrijke taak van onderzoekers op het gebied van de (politiserende) hulpverlening. Van daaruit kan men ook gerichte programma's (preventief en curatief) opstellen, analoog aan medische voorbeelden bij somatische ziekten. Mijn vermoeden is dat vooral in de medische benadering te sterk gehandeld wordt vanuit vooroordelen, omdat men te weinig openstaat voor bemiddelende factoren van maatschappelijke aard. Deze vooroordelen komt men in de medische benadering niet alleen tegen in de psychiatrie, maar even sterk in de spreekkamer van de huisarts, waar psychische en sociale problemen snel gesomatiseerd worden of farmacologisch onderdrukt door valium, librium en dergelijke. Deze medische handelswijze gaat in de praktijk vaak gepaard met een arrogante zelfvoldaanheid en een air van deskundige superioriteit. In het belang van de cliënten is daarom een voortdurende aanval van sociaal-wetenschappelijke kant op de medische wetenschap geboden om enerzijds de vooruitgang ervan te stimuleren en anderzijds haar onrechtmatige invloed terug te dringen. Multidisciplinaire samenwerking zal voor de medische psychiaters en huisartsen meer moeten inhouden dan van agogen en psychologen trucjes leren om de eigen waar beter te kunnen verkopen.

Zo heb ik sterk het vermoeden dat medische verklaringen voor veel psychische stoornissen vaker beschrijvingen zijn van de medische of somatische kanten van een probleem dan dat het verklaringen zijn in de zin van een etiologie, hoewel medici geneigd zijn bij ontdekking van somatische aspecten van een psycho-sociaal probleem meteen te spreken van een oorzaak; dit onderstreept nogmaals de vooringenomenheid van de medici. Zo wordt er ook erfelijkheidsonderzoek gedaan naar schizofrenie. Eysenck (1975, p. 184) daarover: 'Als er een sterke biologische, erfelijke aanleg voor schizofrenie bestaat, dan zou men verwachten specifieke genetische aanwijzingen voor deze ziekte te kunnen ontdekken.

Bij een recent onderzoek naar de enzyminhoud van bloedplaatjes bleek dat er zich veel minder MAO (mono-amine-oxydase) in de bloedplaatjes van schizofrenen bevond dan in de bloedplaatjes van normale personen; bovendien zijn ook bij de identieke tweelingbroers of -zusters van schizofrenen verlaagde MAO-niveaus gevonden, wat suggereert dat deze verlaging een aanwijzing is voor de aanleg voor de ziekte en geen gevolg ervan.'

Wanneer dit waar zou zijn dan vragen wij ons af waarom de tweelingbroers en -zusters die ook een verlaagd MAO-niveau hadden geen schizofrene storingen vertoonden. We kunnen in zo'n geval stellen dat een bepaalde aanleg noodzakelijk aanwezig moet zijn, maar dat externe belastende factoren noodzakelijke voorwaarden vormen om de storing op te roepen. Daarmee stuiten we dan op een grensgebied tussen twee wetenschappen: de medische en de sociaal-wetenschappelijke. Eysenck: 'dit model wordt soms het "diathesis-stress"-model genoemd; diathesis betekent dat er een biologische predispositie bestaat om schizofrenie-achtige stoornissen te ontwikkelen die bij verschillende mensen meer of minder sterk aanwezig is, terwijl er stress voor nodig is om de stoornis werkelijk in volle hevigheid te doen uitbreken. Aldus verwijst diathesis naar de genetische component, en stress naar de milieu-component'.

In zulke gevallen — laten we aannemen dat het voorgaande juist is — zal het belangrijk zijn voor welke oplossingen gekozen wordt. Verwacht kan worden dat de medische wetenschap het individu biochemisch of somatisch zal behandelen, om het individu somatisch zodanig te beïnvloeden en te veranderen dat het de stress-situatie op een niet pathologische manier kan verdragen. De politiserende hulpverlening zal eerder geneigd zijn de stress-situatie te bestrijden, zodat het individu met zijn of haar predisposities onveranderd kan verder leven. Vanzelfsprekend heeft men hier te doen met normatieve en ethische kwesties, die een noodzakelijke discussie tussen de verschillende vakgebieden oproepen. Het lijkt daarom noodzakelijk om meer onderzoek te verrichten vanuit andere vooronderstellingen als die van de bestaande benaderingen. Levens zullen hulpverleners opgeleid moeten worden die vanuit deze andere vooronderstellingen kunnen werken.

7. PREVENTIEVE TAKEN

IN de inleiding op deel II zagen we dat er pas twee eeuwen geleden een begin werd gemaakt met de behandeling van mensen die in problemen waren vastgegroeid. Het laatste decennium worden er ook serieuze pogingen ondernomen om problemen van psychosociale aard te voorkomen. Deze pogingen worden preventie genoemd en volgen op de initiatieven die de medische psychiatrie al eerder ondernam ter voorkoming van organische storingen. De medische psychiatrie op haar beurt trad daarmee in het voetspoor van de preventieve activiteiten van de lichamelijke gezondheidszorg.

Het denken over preventie beleeft momenteel een grote hausse. Vooral de kritische stemmen in de geestelijke gezondheidszorg pleiten voor een actiever preventiebeleid. Bijna steeds blijkt de praktijk in schrille tegenstelling te staan tot de pretenties van preventiebelijders, die meestal op onderzoeks- of onderwijsinstellingen zitten. De noodzaak van preventie wordt bijna alom ingezien, maar de mogelijkheden om ideeën in praktijk om te zetten zijn gering en men stuit snel op de begrensdheid van de hulpverlening. Ook de financiële middelen zijn van beperkte aard. Er wordt dus in feite nog maar weinig aan preventie gedaan.

Het Instituut voor Multidisciplinaire Psychotherapie (I.M.P.) te Amsterdam, een van de grootste instellingen in ons land op het gebied van de ambulante geestelijke gezondheidszorg (ongeveer 275 therapeutische medewerkers), heeft geen actief preventiebeleid. De afdeling Geestelijke Hygiëne van de Amsterdamse G.G.D. telt weliswaar negen preventie-medewerkers, maar deze besteden slechts acht procent van hun werk aan deze taak (mededelingen in de Groene Amsterdammer, 1-12-1976, p.10). Het aantal preventiewerkers in Nederland is nog niet groot en vaak zijn het

eenlingen die geïsoleerd op een Medisch Opvoedkundig Bureau (M.O.B.) of op een Bureau voor Levens- en Gezinsvragen (L.G.V.) werken. Volgens Van de Berg (1977, p.13) plegen thans een derigtal van deze preventiewerkers overleg met elkaar in het Landelijk Overleg Regionale Preventiefunctionarissen (L.O.R.P.). Een algemene constatering is dat de preventie nog veel te dicht bij de curatieve sector staat (Van de Berg, 1977; Hulsebosch-Heering, 1977), en dat het blikveld nog erg beperkt is.

Opvallend is dat het denken over preventie lange tijd nagenoeg stil heeft gestaan. Caplan (1964) ontwierp een simpele ordening in primaire, secundaire en tertiaire preventie. Ondanks de gecompliceerdheid van het preventieve werk gaf deze indeling tot 1977 voldoende greep op dit werkveld om de discussie over preventie te kunnen voeren. We zullen allereerst proberen het begrippenkader waarbinnen de discussie over preventie gevoerd kan worden te verbreden; daarna zullen we verder ingaan op de specifieke taken binnen de preventie en de houding van de politiserende hulpverlening daartegenover.

7.1. Het begrippenkader van de preventie

Caplan (1964) deelde de hulpverlening op in curatieve, preventieve en positieve geestelijke gezondheidszorg. Binnen de preventieve hulpverlening onderscheidde hij drie doelgebieden:

De *primaire preventie*; deze is er op gericht te verhinderen dat psychische stoornissen zich voordoen. Dit kan men bereiken door invloed uit te oefenen op organische factoren (bijvoorbeeld onderzoek naar zwakzinnigheid tijdens de zwangerschap), door vroege signalering van symptomen van psychische stoornissen (regelmatig systematisch onderzoek), door verandering van structurele factoren van maatschappelijke aard (bestrijding van stress-verwekkende factoren, van armoede etc.) en door psychohygiënische voorlichting en consultatie.

De *secundaire preventie* is gericht op vermindering of verkorting van bestaande stoornissen door vroegtijdige onderkenning van problemen, snelle behandeling, crisisinterventie en therapie.

De *tertiaire preventie* is gericht op het beperken van de nadelige gevolgen van stoornissen door bijvoorbeeld goede nazorg.

Deze indeling in doelgebieden van preventie is als het ware ge-

maakt vanuit de ervaring van de cliënt; de onderscheiden doelgebieden komen overeen met onderscheiden fasen in probleemgedrag van cliënten en zijn geënt op de momenten dat de cliënt of de potentiële cliënt te maken krijgt met preventieve activiteiten. Deze indeling verraad het nest waaruit de preventie voortkomt, namelijk de curatieve hulpverlening. Het is derhalve niet vreemd dat sommigen, die preventie vanuit een andere invalshoek benaderen (zoals Seidel, 1972, en de pedagoog Gerards, 1977), de secundaire en tertiaire preventie in feite tot het gebied van de curatie rekenen. Volgens Haveman (1977, p. 430) 'zijn secundaire en tertiaire preventie vooral een zaak van intensieve en effectieve organisatie van de dienstverlening'.

De indeling van Caplan is in feite een fasenmodel, dat steunt op een indeling naar fasen in het ziekte- of probleemgedrag; daaraan zijn ook de algemeen gestelde doelstellingen gekoppeld. Gedachtenvorming vanuit deze indeling blijft beperkt, want de doelstellingen blijven doorgaans vaag, toetsing van de effectiviteit van het preventieve werk is bij gebrek aan criteria onmogelijk en het lijkt alsof alles onder preventie kan vallen. De behoefte aan meer wetenschappelijke doordenking van wat men nu in feite aan het doen is wordt onder meer verwoord door Haveman (1977). De beperktheid van het schema van Caplan wordt door diverse auteurs doorbroken. Zo verdeelt Seidel (1972) de primaire preventie in specifieke en niet-specifieke preventie. De specifieke primaire preventie is een taak die expliciet toekomt aan de hulpverlening, maar de niet-specifieke preventie vereist samenwerking met andere disciplines en organisaties.

De Bont en Schrijvers (1977 b) gaan uit van een instrumentele indeling, waarin ze bijvoorbeeld de preventie door ondersteuning van maatschappelijke actiegroepen onderscheiden van die door onderzoek en die door voorlichting. Haveman (1977) pleit voor een wetenschappelijk verantwoorde keuze van doelen en doelgroepen en spreekt voorts over het niveau van interventie (psychologisch, sociaal-psychologisch, sociologisch-economisch) en over interventietechnieken. Daarmee draagt hij de nodige stenen aan voor een bruikbaar begrippenkader. Ook Hulzebosch-Heering (1977) spreekt over doelstellingen, strategieën, doelgroepen en methodieken, volgens haar noodzakelijke begrippen wanneer men over preventie spreekt. Van de Berg (1977) deelt vanuit zijn agogische optiek het preventieve werk in naar niveaus van strategieën,

waarbij hij het direct werken met cliëntsystemen (bijvoorbeeld voorlichting) onderscheidt van het indirecte werken met instrumentele systemen (bijvoorbeeld vrijwilligers, leerkrachten en dergelijke) en van het indirect structureel werken (veranderen van ziekmakende structuren in de samenleving).

Met behulp van bovenstaande begrippen kunnen we komen tot een bruikbaar schema, waarin de diverse preventieve taken kunnen worden ondergebracht. Daarvoor is echter eerst nog een korte uiteenzetting nodig over enkele verschillen in de opvattingen over wat preventie nu eigenlijk is of behoort te zijn. We zagen reeds dat diverse auteurs de secundaire en tertiaire preventie tot het gebied van de curatie rekenen. Principieel deel ik deze mening grotendeels, maar wat de praktijk betreft valt op dat er weinig aan nazorg wordt gedaan (tertiaire preventie). Het is dus nodig om de nazorg te verbeteren — of deze nu gerekend wordt tot het gebied van de preventie of tot dat van de curatie is minder belangrijk. We zagen reeds eerder dat er een (vloeiende) overgang tussen curatief en preventief werk bestaat. De politiserende hulpverlening bepleit zelfs een integratie van die twee activiteiten in die zin, dat er naar gestreefd wordt om vanuit het curatieve werk tot preventieve werkzaamheden te komen (zie het volgende hoofdstuk). Bovendien blijkt nazorg niet alleen een kwestie van curatie, maar evenzeer van het treffen van voorzieningen en het voeren van actie; dat laatste hoort eerder tot het gebied van de preventie, terwijl het toch nazorg betreft (denk bijvoorbeeld aan de bestrijding van stigmatiseringsprocessen). We zullen hier in de volgende paragraaf nog op terugkomen. In ieder geval reken ik de nazorg voor een gedeelte tot de (tertiaire) preventie.

Gerards (1977) en De Bont en Schrijvers (1977 a) vragen zich af wat het doel van de secundaire preventie is. Brengt elke psychische groei geen pijn en problemen met zich mee?, zo vragen zij zich af. Moeten we voorkomen dat de mens nog pijn en moeilijkheden heeft? Gerards waarschuwt voor een infantilisering van de samenleving, want het vroege signaleren en ingrijpen in problemen van mensen bevordert hun zelfstandigheid en verantwoordelijkheid niet. Zoals we in paragraaf 7.3. zullen zien hoeft secundaire preventie niet zo opgevat te worden en hoort het evenmin tot het gebied van de curatie. Dat hoort het wel als met secundaire preventie alleen bedoeld wordt het snel behandelen van mensen die in probleemsituaties zitten. Het zou dan slechts gaan om het slag-

vaardiger optreden van de hulpverlening en het zo snel mogelijk therapeutisch benaderen van mensen die in een min of meer problematische situatie zitten.

Ook over de primaire preventie bestaat verschil van mening. Gerards (1977) meent dat de term primaire preventie te sterk riek naar de medische psychiatrie, die op een monocausaal denken berust. De Bont en Schrijvers (1977 a) vinden het zelfs onmogelijk om psycho-sociale problemen te voorkomen, omdat deze multicausaal van aard zijn. Maar de discussie over primaire preventie is al wel zo ver gevorderd, dat daarmee niet meer bedoeld wordt op het voorkomen van allerlei problemen, maar op het bevorderen van welzijnsbevorderende factoren en het bestrijden van welzijnsbelemmerende factoren. Gerards (1977) noemt dit liever emancipatie. Mijns inziens heeft de primaire preventie een belangrijke taak in de bevordering van emancipatie, maar zij kan daar nooit mee geïdentificeerd worden. Emancipatie is een (breed) maatschappelijk proces dat niet gedragen kan worden door deskundigen. Bovendien bestaan er ook nog medische en andere soorten preventie, die wel tot het gebied van de primaire preventie behoren, maar niet gezien kunnen worden als gericht op de maatschappelijke of persoonlijke emancipatie van mensen.

Dit betekent dat ik de indeling in drie doelgebieden met enige kritische kanttekeningen overneem. Zoals ik al zei, dient het begrippenkader evenwel verruimd te worden om het complexe terrein waarop de preventie werkzaam is, in kaart te kunnen brengen. Daartoe heb ik een interventieschema gemaakt (zie hiernaast) waar de diverse activiteiten van de drie doelgebieden van de preventie in ondergebracht kunnen worden aan de hand van de verschillende aspecten die in de preventie belangrijk zijn. Centrale dimensie in het schema is het *object van de interventie*, dat wil zeggen die factoren waarop de preventieve activiteiten gericht zijn, omdat ze vanuit preventief oogpunt bevorderd dan wel bestreden moeten worden, omdat ze het welzijn van mensen verbeteren of belemmeren. Bij deze objecten van de interventie onderscheid ik analoog aan het variabelenschema uit deel I vijf niveaus (somaatich, intra-, inter- en extrapsychisch en ideologisch) met daaraan als zesde object toegevoegd de hulpverlening als institutie of organisatie.

Naast de indeling in doelgebieden (tertiaire, secundaire en primaire preventie) en in objecten van de preventieve interventies binnen de drie doelgebieden, onderscheid ik werkdoelen (de con-

INTERVENTIESHEMA

Doelgebied: ... (primaire, secundaire of tertiaire preventie)

object v/d interventie	werkdoelen	doelgroepen	middelen / strategieën	noodzakelijke of gewenste samenwerkingsverbanden
somaatich				
intra-psychisch				
inter-psychisch				
extra-psychisch				
ideologisch				
hulpverlening als institutie / organisatie				

crete doelen van de interventies), doelgroepen waarop de interventies gericht zijn (dit is veel ruimer dan de zogenaamde risicogroepen), middelen en strategieën en (noodzakelijke of gewenste) samenwerkingsverbanden. Het schema kan ingevuld worden voor de primaire, secundaire en tertiaire preventie. Om te illustreren hoe het schema werkt, heb ik één schema ingevuld voor het gebied der tertiaire preventie (zie de bijlage, p. 188). Daarin zijn een aantal tertiaire preventieactiviteiten opgenomen die onder meer tot verbetering van de nazorg kunnen leiden.

Hieronder zal ik verder ingaan op de primaire, secundaire en tertiaire preventie en vooral op de visie van de politiserende hulpverlening op de taken binnen deze drie doelgebieden.

7.2. De tertiaire preventie

Tertiaire preventie wordt omschreven als het tot een minimum beperken van de nadelige gevolgen van een stoornis. Dit wordt meestal geprobeerd door optimalisering van de nazorg te bewerkstelligen. In de praktijk is het met die nazorg slecht gesteld: binnen de alternatieve hulpverlening wordt men nogal eens geconfronteerd met lacunes op dit gebied. Soms wordt de Sociaal Psychiatrische Dienst (S.P.D.) ingeschakeld bij de nabehandeling van patiënten die uit een inrichting ontslagen worden, maar heel vaak raken deze mensen bij gebrek aan de nodige begeleiding opnieuw verzeild in problemen. De alternatieve hulpverlening, dikwijls betiteld als afvalbak van de institutionele hulpverlening, zet om deze reden nogal eens cliëntgroepen op van (ex-)psychiatrische patiënten. Onder nazorg wordt theoretisch verstaan de herintegratie van ex-patiënten in de maatschappij, maar in de praktijk komt het in eerste instantie neer op het voorkómen dat patiënten opnieuw in een inrichting worden opgenomen. Ik wil in deze paragraaf vooral aandacht besteden aan de tertiaire preventie in de zin van verbetering van de nazorg. Andere functies van de tertiaire preventie heb ik (niet uitputtend) ondergebracht in het schema (zie pag. 188). Als belangrijkste werkdoelen voor de nazorg zullen aanbod komen: herintegratie van ex-patiënten in de samenleving (onder meer door arbeid), bestrijding van stigmatiseringsprocessen door mentaliteitsverandering en door een wijkgerichte opzet van de hulpverlening en integratie van de nazorg in de curatieve sector. Ik zal in deze

paragraaf allereerst aandacht besteden aan de effecten van de nazorg en aan de situatie van ex-patiënten, daarna zal ik ingaan op de werkdoelen van de tertiaire preventie.

Uit onderzoek blijkt (zie Gleiss ea., 1973, p.188) dat een goede nazorg het aantal heropnamen drastisch vermindert. Bij de onderste bevolkingslagen is dit het sterkst het geval: 'voor patiënten uit alle lagen worden de verwachtingen op genezing aanzienlijk verhoogd, als ze na het ontslag uit de inrichting verder psychiatrisch worden behandeld. In de studie van Myers en Bean werd 52 procent van alle patiënten die een psychiatrische nabehandeling kregen binnen tien jaar niet meer opnieuw opgenomen; bij de patiënten, die geen nabehandeling kregen was dat daarentegen maar 39 procent. Overeenkomstige resultaten worden door Lehmann geconstateerd: bij patiënten die een nabehandeling kregen ligt het aantal heropgenomen patiënten binnen één jaar tussen de tien en vijftien procent; zonder nabehandeling ligt het aantal patiënten dat opnieuw wordt opgenomen aanzienlijk hoger, namelijk tussen vijfendertig en veertig procent. Myers en Bean stellen voorts vast, dat de vooruitgang bij patiënten uit de onderlaag mét nabehandeling (...) zelfs nog hoger is dan bij patiënten uit de midden- en bovenlaag die nabehandeling krijgen(...)'. Bij de patiënten uit de bovenlagen die nabehandeling krijgen, wordt volgens hen 44 procent niet meer opnieuw opgenomen. Bij de middenlaag ligt dit cijfer op 55 procent en in de onderlaag op 57 procent.

Gleiss ea. (1973, p.188 cv.) concluderen op basis van empirische onderzoeken evenwel dat de onderste bevolkingslagen veel minder intensief en lang behandeld worden na hun ontslag uit de inrichting dan de bovenste lagen. Gardner⁷⁸ komt tot de volgende cijfers: uit de onderste lagen ontvangt vijftien procent nabehandeling, uit de middenlagen 32 procent en uit de bovenlagen 67 procent. Dus de bovenlaag ontvangt ruim vier maal zo vaak nabehandeling dan de onderlaag, terwijl het succes (vermindering van het aantal heropnamen) bij de onderlagen veel groter is. Wanneer men kijkt naar het verschil tussen al dan niet nabehandelde patiënten dan is het positieve resultaat daarvan bij de bovenlagen twee procent. Wanneer patiënten uit de middenlaag een nabehandeling krijgen dan stijgt de kans dat ze niet meer opgenomen hoeven te worden met veertien procent; bij de onderlagen bedraagt dit percentage al 23 procent (Gleiss ea., 1973, p.189). Dit betekent dat het succes van de nabehandeling bij de onderlagen ongeveer elf keer zo hoog ligt

als bij de bovenlagen, terwijl bij deze bovenlagen vier keer zo vaak wordt overgegaan tot nabehandeling. Dit getuigt van een schandelijke discriminatie, waarvoor men zich als hulpverlener diep moet schamen. Het is daarom een belangrijke taak van de hulpverlening om deze ongelijkheid in nabehandeling af te schaffen. Gezien de psychisch, sociaal en mateneel achtergestelde positie van de onderlagen en het grotere succes met betrekking tot de nazorg dat nabehandeling bij hen heeft zou een bevoorrechtiging van deze bevolkingsgroep meer op zijn plaats zijn dan de huidige achterstelling.

Naast de taak van de hulpverlening om deze ongelijkheid in behandeling op te heffen, is het haar taak om cliënten pas uit de hulpverlening te ontslaan, wanneer verwacht mag worden dat zowel de cliënt als zijn directe omgeving op een 'gezonde' manier zelfstandig verder kunnen leven. Een belangrijk onderdeel daarvan is, dat zowel de cliënt als zijn directe omgeving weerbaar zijn tegen schadelijke invloeden van buitenaf, waarvan de oorzaken pas op langere termijn zijn op te heffen. Momenteel zien we dat de nazorg wordt afgeschoven naar de preventieve sector, en dat er aan nabehandeling weinig wordt gedaan. Het is daarom van belang even stil te staan bij de situatie van de ex-psychiatrische patiënten, om meer zicht te krijgen op de aard van de nazorg die gewenst is. Zoals ik eerder stelde heeft de nazorg een curatief aspect (persoonlijke begeleiding van cliënt en directe omgeving), maar ook een preventief aspect (het treffen van voorzieningen en dergelijke).

Wanneer psychiatrische patiënten uit een inrichting worden ontslagen, worden ze geconfronteerd met een veelheid van problemen, waar ze onvoldoende op voorbereid zijn en onvoldoende bijgeleid worden: men heeft geen werk en wordt geconfronteerd met sociale uitstoting door sterke stigmatisering; men heeft vaak geen vrienden meer en geen gezin, geen levensdoel en is vervuld van angst om weer opgenomen te worden; men beschikt over onvoldoende mogelijkheden om negatieve ervaringen uit de inrichting positief te verwerken en is vaak wereldvreemd geworden, omdat men jarenlang buiten het 'normale' leven heeft gestaan. Aan al deze problemen zal gewerkt moeten worden. In feite hoort dit tot de taak van de inrichting zelf, de curatieve sector dus. Het is in feite onjuist om voor nazorg een aparte preventie-sector in het leven te roepen, omdat op die manier de curatieve zorg als beëindigd beschouwd wordt en als zodanig bevestigd wordt in haar onvolledigheid. Dit duidt op structurele tekorten van de curatieve

hulpverlening; men isoleert cliënten uit hun alledaagse situatie, brengt ze onder in een nieuwe situatie en zodra men daar voldoet aan de dan en daar heersende normen van psychische gezondheid, mag men weer terug naar de oude situatie. In feite wordt op deze wijze zeer vervreemd en vervreemdend gewerkt en komt deze aanpak hetzelfde verwijt toe als de werkwijze van veel instituten waar sensitivity-trainingen en andere trainingen – los van de alledaagse situatie – worden gegeven. Hier ligt een duidelijk knelpunt in de hulpverlening zelf, waar ik nu verder op in zal gaan.

De opname van cliënten in inrichtingen (of liever opvanghuizen) kan nodig zijn, wanneer sociale problemen zich in sterke mate psychisch verzelfstandigd hebben in de vorm van een psychose en daarom om een behandeling in internaatsverband vragen. Mijn bezwaar richt zich niet zozeer op dat punt. Immers, wanneer een cliënt psychotische reacties vertoont zullen dat reacties zijn op de omstandigheden waarin hij leeft en waarin hij geen voldoende probleem-oplossend gedrag heeft kunnen vinden. Zijn psychotische reactie kan vaak begrepen worden als een afwijzing van zijn leefomstandigheden en als het zich terugtrekken op een psychisch onbereikbaar eilandje. Het isoleren van een cliënt uit zijn leefsituatie is daarom soms strikte noodzaak. We zien dit ook in problematische situaties die op een psychisch minder catastrofale wijze worden 'opgelost', zoals bij echtscheiding of vrijwillig ontslag, wanneer een huwelijk of werksituatie problematisch functioneert. Het verbreken van de banden met de oude omgeving zien we ook in de zelfhulp, bijvoorbeeld in de hulpverlening aan vrouwen bij de Stichting 'Blijf van mijn lijf'.

Een pleidooi voor de behandeling van cliënten in hun oude situatie kan daarom in hoge mate idealistisch zijn. De realiteit is dat het tijdelijke of definitieve breken met de oude leefsituatie soms noodzaak is om vooruitgang te boeken. Een opvang en overnachtingsmogelijkheid moet daarom geboden worden. Het bezwaar richt zich echter tegen het feit dat cliënten vaak maanden- of jarenlang behandeld worden, los van hun leefsituatie. Mijns inziens moet de behandeling vanaf het eerste moment in het licht staan van een *herintegratie van de cliënt in het leven*, of dat nu de oude of een nieuwe leefsituatie is. Wanneer de behandeling gericht is op een herintegratie van de cliënt in de oude omgeving, betekent dat dat die oude omgeving ook actief in het hulpverleningsproces betrokken zal moeten worden. Wanneer dit onmogelijk of

ongewenst is, zal de nieuwe leefsituatie vanaf het begin in de behandeling betrokken moeten worden. Het is mijns inziens ongewenst om cliënten tijdenlang op te sluiten in aparte, heel andere leefwerelden zoals de grote psychiatrische inrichtingen. Experimenten met kleine therapeutische leefgemeenschappen en de experimenten van de democratische psychiatrie in Italië maken duidelijk dat het ook anders kan. Wanneer men eerst de cliënt behandelt en daarna de reïntegratie in zijn oude omgeving overlaat aan de nazorg van een preventief werker, dan werkt men vanuit de vooronderstelling dat de problemen van de cliënt hun oorzaak in de cliënt zelf vinden.

Nazorg betekent in zo'n opvatting dat de cliënt aan zijn omgeving aangepast moet worden. Gelukkig zijn er meerdere therapieën in opkomst, die de problemen van cliënten begrijpen en behandelen in samenhang met hun omgeving. Op kleine schaal vormt hier de gezinstherapie uit de school van Bateson (die schizofrenie ziet als mogelijk gevolg van schizofrenogene gezinsstructuren) een goed voorbeeld van (Satir, 1975). Nazorg wordt van minder belang, wanneer een cliënt actief in samenhang met zijn maatschappelijke context wordt behandeld. Normaliter gebeurt dit niet of veel te weinig en het is dan ook niet vreemd dat dit leidt tot het herhaaldelijk terugkomen van cliënten bij therapeuten en tot veelvuldige heropname in psychiatrische inrichtingen. Het terugvallen in de oude malaise en het oude patroon wordt meer voorspelbaar naarmate de ex-patiënten minder mogelijkheden geboden worden om een nieuw leven te starten en daar anders mee om te gaan. Hetzelfde geldt met betrekking tot het recidieve gedrag bij ex-delinquenten. Dat betekent dat naast de begeleiding van ex-patiënten (resp. ex-delinquenten) het treffen van voorzieningen van groot belang is. We weten uit het eerste deel dat in de onderste bevolkingslagen de meeste belastende factoren voorkomen (stress-factoren). Onderzoek toont aan, dat het discriminerend gedrag ten opzichte van ex-psychiatrische patiënten in de onderste bevolkingslagen het sterkst is en dat daar de grootste mate van onvermogen aanwezig is om met ex-psychiatrische patiënten om te gaan. Het inlevingsvermogen is bijzonder gering en de gezinssituatie stelt vaak te veel eisen om voldoende aandacht te besteden aan de pas ontslagen patiënt. Daaruit blijkt de noodzaak van persoonlijke begeleiding vanuit de curatieve sector.

Opnieuw blijkt hieruit dus de noodzaak van de oriëntering van

de curatieve zorg op de herintegratie van de patiënt in het maatschappelijke leven. De sociale omgeving is met andere woorden een integraal onderdeel van de hulpverlening, en de enige vragen die men daarbij hoeft te stellen zijn wanneer en hoe die sociale omgeving bij de hulpverlening betrokken dient te worden. Daarmee vervagen de grenzen tussen de curatieve hulpverlening en de tertiaire preventie. Toch is dit schijn. Momenteel is de hulpverlening immers nog niet zover. In deze voorstelling zou het bovengestane impliceren dat de hulpverlenende instantie veel dichterbij naar de cliënten toe zou moeten groeien en bijvoorbeeld veel sterker geïntegreerd zou moeten worden in het wijkleven. Het model van hulpverleningsinstituten, zoals dat in USSR wordt gehanteerd, komt mijns inziens meer in deze richting (zie Seidel, 1972, p. 35 ev.). Maar dit vergt een maatschappelijk proces, dat langzaam zal moeten groeien en dat samenhangt met veel andere factoren. Wel wordt hiermee duidelijk dat er een aantal objectieve belemmeringen zijn die buiten het enge terrein van de hulpverlening liggen. Ook de hulpverlening is ingebed in een maatschappelijk proces en ondervindt daarvan de stimulerende, maar ook de storende invloeden. Daarom zal noodzakelijkerwijze ook de maatschappij (of concreter processen en instituten in de maatschappij) object moeten zijn van hulpverlenende activiteiten.

Een belangrijke belemmering voor ex-psychiatrische patiënten en de integratie van hen in de maatschappij wordt gevormd door processen van stigmatisering, uitstoting en discriminatie. Binnen de hulpverlening wordt hierop op twee manieren gereageerd: defensief (bepaalde dingen, die stigmatisering oproepen achterwege laten) en offensief (bestrijden van processen die stigmatisering bevorderen). Voor de tertiaire preventie is het van groot belang offensief op te treden. Defensief optreden heeft tot gevolg dat stigmatisering en uitstoting steeds terrein zullen winnen. Een belangrijke bepalende factor in stigmatiseringsprocessen is de mentaliteit van mensen ten opzichte van psychische problemen en psychiatrische hulp. Maar de mentaliteit van mensen is een veelomvattende en complexe aangelegenheid, zoals we zullen zien. Oplossingen, zoals een meer wijkgerichte aanpak van de hulpverlening, zijn niet voldoende om die mentaliteit te doorbreken. Experimenten in deze kunnen daardoor nogal eens overhaast zijn; dit zien we bijvoorbeeld gebeuren in nieuwe woonwijken, waarin hulpverlenende instanties worden gepland. Cliënten hebben dan

vaak schroom om naar zo'n instelling te stappen, 'omdat de hele buurt het kan zien'. Dan blijkt dat mensen in hun opvattingen verkeerd zijn opgevoed. Het feit dat ex-psychiatrische patiënten nog zo sterk gestigmatiseerd worden en uitgestoten, wijst erop, dat bij de meerderheid van de mensen een sterk taboe leeft ten aanzien van psychische problemen en dat deze — conform de werkwijze van de hulpverleningsinstellingen — uit het dagelijkse leven uitgedaan worden. Een verschijnsel dat we ook tegenkomen in de houding ten opzichte van de dood, delinquentie etc. Een strijd voor veranderingen zal zich dus op meerdere fronten moeten richten. Een wijkgerichte opzet van de hulpverlening is dan ook maar één programmapunt; zo ook de mentaliteitsverandering door onder meer een ideologische strijd en uitgebreide voorlichting. Op deze *mentaliteitsverandering* zal ik hieronder ingaan.

De mentaliteit ten opzichte van (ex-)psychiatrische patiënten is een gevolg van maatschappelijke processen, zoals het propageren van de gezonde mens, het normale en geaccepteerde, het nastreven van maatschappelijk succes, veel geld verdienen en hard werken. Het propageren van dergelijke 'deugden' heeft als keerzijde een mentaliteit die zich afzet tegen alles en iedereen die niet past in het genormeerde levenspatroon. Blijkbaar vormen minderheidsgroepen een bedreiging: ze zijn vaak het voorwerp van agressie. Zolang men mee kan functioneren in het gepropageerde levenspatroon is er schijnbaar niets aan de hand, maar zo gauw men psychisch verward wordt of op een bepaalde manier afwijkt, wordt men onverbiddelijk uitgestoten. Het psychisch in de war zijn wordt op deze manier uitgebannen uit de normaliteit van het leven. De acceptatie (het zich inleven in de problemen van de anderen en zich voor kunnen stellen dat men die zelf ook zou kunnen krijgen), waar Maas (1973, p. 77 ev.) over spreekt — een mogelijk resultaat van de beoogde mentaliteitsverandering — staat ver af van de realiteit. Hierover bestaat bij veel hulpverleners zelf een vertekend beeld, omdat men in de eigen werkkring veel te maken heeft met mensen die op deze punten (zoals acceptatie en empathie) stevig geschoold en geoefend zijn. De kreet mentaliteitsverandering lost daarom niets op. Wanneer de functie van de preventie hier een louter signalerende is, is die preventie machteloos: men zal veranderingsprocessen moeten initiëren. Naast publiciteit — gericht op de verandering van de publieke opinie — zal ook strijd geleverd moeten worden tegen instituties, politieke partijen, persor-

ganen, bedrijven, het reclamewezen etcetera, die de heersende mentaliteit uitdragen.

Voorts zullen de oorzaken van de mentaliteit, welke in laatste instantie liggen in de manier waarop onze maatschappij economisch georganiseerd is, voortdurend ter discussie gesteld moeten worden en op concrete punten moeten worden bestreden. Ook zal, zoals eerder werd betoogd, de hulpverlening zelf dichter bij de mensen moeten komen, zodat psychische problemen en dus psychiatrische hulp tot de normaliteit van het leven gaan behoren. De hulpvragers zelf kunnen in dit proces betrokken worden. Gestimuleerd moet daarom worden, dat ex-psychiatrische patiënten zich aaneen sluiten in bestaande belangenorganisaties (bijvoorbeeld Cliëntenbond, Gekkenkrant). Dit kan de leden van deze maatschappelijk niet te onderschatten groep — per jaar worden er zo'n twintigduizend patiënten ontslagen uit psychiatrische ziekenhuizen (Statistisch Zakboek 1975) — een gevoel van collectiviteit en solidariteit verschaffen, dat bevrijdend kan werken, omdat men op deze manier uit het maatschappelijk isolement wordt gehaald. We zien bij de groep ex-patiënten dat een belangrijk punt is het hervinden van een vrienden- en kennissenkring. Vaak weert de familie- en kennissenkring de ex-patiënt en neemt hem niet meer op. Bij langdurige opname is de gezinsband — zo die er vooraf was — in veel gevallen verbroken. De cliënt moet dan een nieuw leven beginnen.

Oplossingen voor ex-patiënten zullen in eerste instantie binnen de bestaande grenzen moeten worden gezocht (taak van de curatieve hulpverlening), terwijl deze grenzen voortdurend verbreed moeten worden (taak van de tertiaire preventie). Voor ex-patiënten die vele jaren in een inrichting hebben doorgebracht lijkt het raadzaam daadwerkelijk een nieuw leven te starten. Een nieuw leven beginnen kan impliceren dat men verhuist naar een ander oord. De vriendenkring kan als start veelal opgebouwd worden uit 'lotgenoten', dus eveneens ex-psychiatrische patiënten. Het is belangrijk om organisatorische voorwaarden te scheppen voor deze vorm van zelfhulp. De alternatieve hulpverlening, ook te beschouwen als proeftuin voor experimenten in de hulpverlening, heeft de vruchtbaarheid van dergelijke initiatieven meermalen aangetoond. In onze samenleving is dit helaas de meest positieve weg voor minderheidsgroepen, hoewel dit nooit als uiteindelijk ideaal nagestreefd mag worden. Gezien de huidige omstandigheden biedt getto-vorming in eerste instantie echter de meeste bescherming:

men weet zich in een gelijkwaardige groep die dezelfde probleem-situatie ervaart en met dezelfde problemen kampt. En dáár kan men de steun vinden om het eigen leven een nieuwe weg te geven én om gezamenlijk verzet te plegen tegen omstandigheden die de belangen van de eigen groep bedreigen. Het mes snijdt ook hier aan twee kanten: men kan én zichzelf vooruit helpen én tegen maatschappelijke wantoestanden in verzet komen.

De integratie van deze beide aspecten is wezenlijk voor de werkwijze van de politiserende hulpverlening en op dit gebied wordt veel creativiteit geëist. De actie zal bijvoorbeeld gericht moeten zijn op verandering van extra-psychische factoren die het hervinden van een nieuw leven belemmeren. Zo is het opnieuw vinden van arbeid van wezenlijk belang voor de herintegratie in de maatschappij. Het opnieuw vinden van arbeid levert doorgaans de grootste moeilijkheden op, evenals het vinden van geschikte woonruimte. Discriminatie is aan de orde van de dag. Het is van belang om op dit gebied initiatieven te ontplooiën om de ex-patiënten een duwtje in de rug te geven. De oprichting van het Experimenteel Werkbestedingsbureau in Amsterdam is in de gegeven omstandigheden een voorbeeld dat navolging verdient. Maar er zal tevens actie gevoerd moeten worden tegen de huidige situatie, waarin een 'psychiatrisch verleden' een reden kan zijn voor het niet aannemen van sollicitanten. Heel vaak merken ex-psychiatrische patiënten dat ze een bepaalde baan niet krijgen of voor bepaalde opleidingen niet worden aangenomen, wanneer blijkt dat ze een tijd in een bepaalde psychiatrische inrichting hebben vertoefd. Hetzelfde geldt voor homofielen, buitenlanders en in nog sterkere mate voor ex-delinquenten. Deze situatie doet zich niet alleen voor bij particuliere bedrijven, die zich willen vrijwaren tegen 'risico-rijke' werknemers, maar ook bij overheidsinstellingen. De ethiek op dit vlak ligt zo, dat ex-patiënten vaak om 'andere' redenen worden geweigerd, waardoor deze vorm van onderdrukking zeer subtiel (maar wel funest) wordt uitgeoefend. Er zullen nog heel wat acties gevoerd moeten worden (juridische en ideologische) voor er een einde zal komen aan deze miserabele onderdrukking.

Binnen de politiserende hulpverlening kennen we ook het standpunt, dat men geen werk moet zoeken voor ex-psychiatrische patiënten. Dit standpunt vloeit meestal voort uit een afwijzing van de huidige economische structuren van de maatschappij en de manier waarop het arbeidsproces is georganiseerd; men vindt dat men

patiënten niet meer op moet lappen voor een ziekmakend arbeidsproces. Dit negatieve standpunt, meestal samenhangend met een geloof in de Verelendungstheorie, is beslist niet in het belang van de cliënt. Het gevolg van dit standpunt is, dat men mensen uit schakelt uit het actieve maatschappelijke leven, terwijl voor de patiënt zelf arbeid een doorslaggevende factor is om het gevoel te krijgen er weer bij te horen, 'weer mee te tellen'. Slechte arbeidsomstandigheden verandert men bovendien niet door bepaalde mensen daar niet aan deel te laten nemen.

In haar boek 'Werkloosheid' schrijft Ovesen (1977, p.19) over de invloed van werkloosheid op de persoonlijkheid van de werkloze: 'Een werkloze wordt gevoelsmatig instabiel, wat onder andere blijkt uit een grotere gevoeligheid en irritabiliteit. Hij voelt zich overbodig en onbruikbaar en gelooft niet dat het bestaan nog zin heeft. Hij raakt zijn zelfvertrouwen en zelfrespect kwijt en zijn levensvreugde neemt af. Hij wordt verbitterd, maar voelt tegelijkertijd een persoonlijke schuld. Hij verliest het contact met zijn collega's en voelt zich geïsoleerd van de gemeenschap. Deze gevoelens duiden er op dat werkloosheid invloed heeft op je gevoel van mens-zijn en een ingrijpende vermindering van het welzijn van het individu veroorzaakt. Er blijkt dat het werk een zeer centrale positie inneemt in het bestaan en ogenschijnlijk vele andere waarden in het leven van het individu overschaduwet.' En: 'In ons deel van de wereld geldt dat de zin van het bestaan in de eerste plaats het werk is, in ieder geval voor de meeste mannen. Het werk geeft de mensen het gevoel dat ze een bijdrage leveren aan de instandhouding en ontwikkeling van de maatschappij en dat ze iets voor anderen doen. Als het werk wegvalt, valt ook de zin van het bestaan weg en ontstaat er een gevoel van leegte.' (p. 57)

In de Russische psychiatrie is de belangrijkste doelstelling van psychiatrische hulp om iemand weer in staat te stellen tot het verrichten van arbeid. Het zou onjuist zijn, wanneer men dit om ideologische redenen wel goed zou keuren, en de arbeid onder kapitalistische omstandigheden niet. De meer existentiële factoreren (er bij horen, zingeving aan het bestaan) tellen blijkbaar voor het genezingsproces van de cliënt zwaarder dan de historisch maatschappelijke vorm van de arbeid (arbeid onder kapitalistische omstandigheden), ook al leidt deze arbeid tot psychische problemen zoals we in het eerste deel van dit boek zagen.

Uit onderzoek (Gleiss ea., 1973, p. 215) blijkt dat bij ex-patiënten

ten die weer werken, zich het laagste aantal heropnamen voor- doet. Met andere woorden: het verkrijgen van een arbeidsplaats na het ontslag uit de inrichting heeft een voorspellende waarde voor het al of niet weer opgenomen worden. Tussen het werkge- drag in de inrichting (bij de arbeidstherapie) en de aard van de stoornis aan de ene kant en het weer gaan werken na het ontslag uit de inrichting aan de andere kant bestaat verder geen relatie. De heilzame werking van arbeid geldt zowel voor personen met lichte naverschijnselen als voor personen met zwaardere navers- chijnselen (blijvende stoornissen), hoewel deze laatste groep moeilijker werk kan vinden.

Als we het bovenstaande samenvatten dan is mijn standpunt dat de tertiaire preventie (opgevat als het verhinderen van nadelige gevolgen, in het bijzonder door nazorg) eigenlijk tot de curatieve sector behoort, voor zover het de persoonlijke begeleiding betreft van de ex-patiënten en hun directe sociale omgeving. Andere acti- viteiten die vooral gericht zijn op verbetering van de situatie waar- in ex-psychiatrische patiënten verkeren vallen onder de preventieve activiteiten van de nazorg. Hoofddoel van de nazorg is de herinte- grate van de ex-patiënten in het actieve maatschappelijke leven. Belangrijkste werkdoelen om dit te bereiken zijn de volgende. Ten aanzien van de hulpverlening als institutie is van groot belang te bevorderen dat de ongelijkheid met betrekking tot de nabehan- deling wordt afgeschaft, dit betekent dat er strijd gevoerd moet worden tegen de achterstelling van de lagere sociale lagen. Voorts dient er gestreden te worden tegen stigmatiserings- en uitstotings- processen door mentaliteitsverandering ten opzichte van (psy- chisch) afwijkend gedrag (ideologische strijd en voorlichting). Voorts moet het verkrijgen van arbeid en woonruimte voor ex- patiënten vergemakkelijkt worden, onder meer door acties tegen discriminatie bij sollicitatie- en toewijzingsprocedures (bijvoor- beeld afschaffing van bewijzen van goed gedrag en medische ver- klaringen). In de huidige omstandigheden moet de instelling be- vorderd worden van Bureaus voor Experimentele Werkbemiddeling en moeten voorwaarden geschapen worden die ex-patiënten stimu- leren tot deelname aan zelfhulp-groepen en belangenorganisaties. Dergelijke initiatieven zijn ook van belang voor andere probleem- groepen, zoals gescheiden mensen, homofielen, weglopers, werk- lozen, vrouwen, ex-drugs- of alcoholverslaafden. Zelfhulp-groe- pen (zie voor een overzicht van hun functies Van Harberden en

Lafaille, 1977) zijn van groot belang voor de verdere uitbouw en verbetering van (onder andere) de nazorg. Als lange-termijn-doel dient ook in verband met de nazorg gestreefd te worden naar de realisering van een meer buurt- en wijkgerichte opzet van de hulp- verlening.

7.3. Secundaire preventie

Onder secundaire preventie wordt verstaan de vroege signalering en behandeling van problemen, alsmede de vroege onderkenning van probleemverwekkende situaties. De politiserende hulpve- lening hecht veel waarde aan deze vorm van preventie, vooral wat betreft de gerichtheid op de emancipatie van de onderste bevo- kingslagen. Uit het ziektegedrag van de onderste bevolkingslagen blijkt immers dat psychische klachten snel gesomatiseerd worden en dat men pas lang na het optreden van de eerste verschijnselen om deskundige hulp vraagt. Ik wil allereerst ingaan op de wens- lijkheid van vroegtijdige onderkenning en behandeling van proble- men.

Hoe lager de sociale laag, des te sterker is het arts-vermijden- gedrag, concludeert Moeller (1972) uit diverse onderzoeken. Hij zegt daarover: 'Bij de huidige verzorging is het ziektegedrag ver- schillend voor de diverse sociale lagen. De onderste lagen gaan an- ders met hun conflicten om (vergelijk Hollingshead en Redlich, 1958; Miller en Swanson, 1960), nemen ze op een andere manier waar (Gurin, Veroff, Feld, 1960) en kennen er een andere waarde aan toe dan de bovenlagen. De onderste sociale lagen ervaren en uiten hun problemen zelden psychisch, omdat ze de daarvoor be- nodigde psychologische predisposities missen, die door de socia- lisatie worden aangeleerd (vergelijk Gurin, Veroff, Feld, 1960, p. 95). Dit geldt tevens voor oudere mensen en sterker voor man- nen dan voor vrouwen. Hoe vroeger men behandeld wordt, hoe bet- ter. We zien hier duidelijk weer klasse-specifieke verschillen. In- louten liggen dus al vóór de behandeling. 'Het blijkt reeds uit de bekwaamheid van een patiënt of van zijn verwanten om bepaal- de symptomen of gedragsmodi te herkennen als gestoord en als hulp- behoevend en evenzo uit de mogelijkheden om de herkenning van de symptomen van om te zetten in het besluit om een therapeutische institutie te zoeken.' (Gleiss, ea., 1973, p. 113)

Oorzaken liggen echter niet alleen in het ziektegedrag van de cliënten, maar ook in het doorverwijzend gedrag van de huisarts. Vaak verwijzen huisartsen veel te laat door en onderdrukken psychische klachten lange tijd door een farmacologische behandeling. Dit gedrag wordt door empirisch onderzoek geenszins gerechtvaardigd. Achté onderzocht de therapeutische voordelen van een vroege behandeling bij psychotici.⁷⁹ Werden dezen één maand na het begin van de eerste symptomen opgenomen, dan lag het aantal gevallen waarin verbetering optrad op 87 procent. Wanneer de behandeling tussen de één en elf maanden na de eerste symptomen begon, dan lag dit aantal op 56 procent (Gleiss ea., 1973, p. 114). Bepaalde symptomen worden met het verstrijken van de tijd sterker, waardoor het ziektebeeld verergert. Daar komt nog bij, dat bij een zwaarder ziektebeeld gekozen wordt voor een meer somatische behandeling of helemaal geen behandeling maar louter opsluiting (*custodial care*), waardoor ook het effect van de kwalitatief lagere behandeling afneemt.

De manier waarop de sociale omgeving op de eerste symptomen reageert verschilt sterk voor de diverse sociale lagen. Dit blijkt uit de wijze waarop men in een psychiatrische inrichting terecht komt. Hollingshead en Redlich kwamen tot de bevinding, dat tachtig procent van de cliënten uit de bovenlaag hulp inriepen op instigatie van vrienden en familie of door zelfverwijzing. In de middenlaag werd men in zestig procent van de gevallen doorverwezen door de huisarts, terwijl de cliënten uit de onderste bevolkinglagen vooral door politie en justitie in inrichtingen verzeild raakten (52 procent). Een zelfde beeld geldt voor de neurotici (Gleiss ea., 1973, p. 116). We kunnen concluderen dat de bovenlagen meer door zelfverwijzing tot psychiatrische hulp komen en de onderlagen vaker gedwongen worden opgenomen. Deze cijfers zijn met betrekking tot het onderwerp van deze paragraaf relevant, omdat zelfverwijzing de mogelijkheid biedt tot ambulante hulpverlening, terwijl gedwongen 'doorverwijzing' leidt tot opname. Gedwongen opname leidt tot een verhoogde afweer bij de cliënt. Uit onderzoek blijkt dat een hoge afweer anti-therapeutische effecten heeft: de patiënt die gedwongen opgenomen is voelt zich een gevangene en is dat in feite ook. Daardoor ontstaat een vicieuze cirkel, omdat een verhoogde afweer, gevolg van gedwongen opname, psychotherapie meestal onmogelijk maakt. Als enige middelen blijven dan farmacologische behandeling, electroshock en dergelijke en

opsluiting (*custodial care*) over. De therapeutische resultaten van deze methoden blijven ver achter bij die van de psychotherapie. Dit pleit dus voor een vroege onderkenning en begeleiding van probleem-situaties, zodat gedwongen opname niet mogelijk is. Pleit tegen gedwongen opname is doorgaans idealistisch. Mensen met sterk afwijkend, crimineel en agressief gedrag vertonen als gevolg van psychotische reacties zijn voor hun omgeving onhoudbaar en zullen dan ook uitstoting en agressie oproepen. Ze zullen dus niet vanzelf beter worden, zoals bij sommige ziektebeelden wel mogelijk is (bijvoorbeeld depressies).

Wanneer psycho-sociale problemen dus verwaarloosd en niet behandeld worden treden versterkte ziektebeelden op. De gedwongen opname die daar vaak op volgt leidt, zoals we zagen, tot slechte behandelingsresultaten. Dit zegt uiteraard ook wat over de manier waarop een inrichting reageert op patiënten die gedwongen worden opgenomen. Dat het anders kan bewees onder meer Maris met de Pompe-kliniek (zie Rogier, 1973). Om gericht te kunnen werken aan de vroege signalering en begeleiding van probleem-situaties — die hoe dan ook gewenst blijft — is ook hier inzicht nodig in de bemiddelende factoren, die leiden tot de late aanmelding van cliënten. Als bemiddelende factoren worden in dit verband, speciaal met betrekking tot de onderste bevolkinglagen, wel genoemd; het klasse-specifieke ziektegedrag van de onderste sociale lagen, de sociale afstand tussen patiënten uit de onderlaag en de therapeut/psychiater, informatiegebrek en de selectieve omstelling van de psychiatrische verzorging. Deze punten zullen we hieronder uitwerken. Onderzoeksgegevens ontleen we wederom aan Gleiss ea. 1973, p. 138 ev.)

Het klasse-specifieke ziektegedrag. De onderste bevolkinglagen herkennen veel symptomen niet als ziek gedrag, terwijl de onderste sociale lagen tolerantie ten opzichte van afwijkend gedrag groter is dan de andere lagen.^{80*} Men geldt doorgaans pas als ziek, als men niet meer in staat is te werken. Oorzaken van problematisch gedrag worden meestal in uiterlijke omstandigheden of organische storingen gezocht. Vanuit de doelstelling om een grotere mate van zelfsignalering van problematisch gedrag te bevorderen, zoekt de hulpverlening oplossingen meestal in betere informatie-verspreiding. Mijn indruk is evenwel dat juist de onderste bevolkinglagen hier het minst bij gebaat zijn, omdat ze niet zo ontvankelijk voor informatie zijn. Daarmee wil ik het nut van die informatie-ve-

spreiding niet ontkennen, maar het is geenszins voldoende. Veel-
eer zie ik het ziektegedrag als een reactie op de leefomstandig-
heden van de onderste bevolkingslagen, waarin een groot aantal
stress-factoren aanwezig zijn. De hulpverlening zal zich actiever
moeten opstellen om probleemsituaties te onderkennen en een ini-
tiërende functie moeten hebben bij de behandeling daarvan. Dit
betekent onder andere dat men degenen die het meest met de on-
derste bevolkingslagen te maken hebben (onderwijzers, leraren,
pastores, buurtwerkers, maatschappelijke werkers etc.) door scho-
ling een bepaalde gevoeligheid zal moeten aanleren om probleem-
situaties vroegtijdig te signaleren en dat men hen de kennis bij zal
moeten brengen, die nodig is om voor doorverwijzing naar des-
kundige hulp zorg te kunnen dragen. Om stigmatiserende effecten
te voorkomen en licht symptomatisch gedrag niet te verergeren zal
de behandeling niet zozeer op de personen gericht moeten zijn,
maar op de situatie, waarop het problematische gedrag van per-
sonen een reactie is.

Sociale afstand. Personen uit de onderlagen hebben een meer
afwerende houding ten opzichte van psychiatrische hulp dan men-
sen uit andere bevolkingslagen, niet zozeer door gebrek aan infor-
matie, maar vooral door de sociale afstand tussen cliënt en thera-
peut. Voorts worden psychiatrische patiënten snel gestigmatiseerd.
De volksspreuk 'eens gek, altijd gek' is niet zozeer een uiting van
een bepaalde psychische instelling, maar eerder een houding die
voortdurend bevestigd wordt door de veelvoudige hospitalisering
van patiënten uit de onderlaag. Als patiënten uit de onderlaag
worden opgenomen blijven ze lange tijd opgenomen en in veel ge-
vallen keren ze niet meer terug naar de oude situatie. Zoals we
zagen is deze hospitalisering voor een groot deel te wijten aan de
ongelijkheid in de psychiatrische verzorging (late doorverwijzing,
weinig intensieve en vaak somatische behandeling etc.). De opvat-
tingen die hieruit voortvloeien oefenen een belangrijke invloed uit
op de (hiërarchische) afstand tussen cliënt/patiënt en therapeut/
psychiater, een verhouding van onmachtige tot machtige.

De sociale afstand is voorts resultaat van het feit dat psychia-
trische inrichtingen ver verwijderd zijn van het leefmilieu en op
grote afstand staan van de woonwijken. Deze (geografische) af-
stand correspondeert met de psychische houding dat abnormaal
gedrag niet tot het 'normale' leven hoort en er dus uit verwijderd
moet worden. Daarom zal de hulpverlening dichter bij de mensen

moeten worden gebracht. De sociale afstand is echter ook voor
een belangrijk deel te wijten aan het feit dat psychiaters en hulp-
verleners meestal voortkomen uit en in ieder geval deel uitmaken
van de middenlaag. Dit vergroot de psycho-sociale afstand tussen
cliënt en hulpverlener. Therapeuten zullen in hun opleiding ge-
dwongen moeten worden meer kennis te nemen van de objectieve
leefsituatie van leden van de onderste bevolkingslagen en hun
subjectieve gevoelswereld. Verder dient deze afstand in de secun-
daire preventie (vroeg signaleren en behandeling) verkleind te
worden door de bevordering van lekenzorg (zelfhulp en vrijwil-
ligershulp) en inschakeling van significante personen uit hun omge-
ving, zoals leraren en pastores.

Informatiegebrek. Door de geringe opleiding van mensen uit de
onderlagen en door de manier waarop informatie wordt verstrekt,
bereikt de noodzakelijke informatie de onderlagen niet. Kennis
aangaande vrijwillige aanmelding (zelfverwijzing) is er nauwelijks:
men herkent problematisch gedrag in de beginfase niet als zodanig.
Wantrouwen ten opzichte van therapeuten en psychiaters speelt
hen vaak parten. De psychisch gezonde mens, welke door de hu-
manistische psychologie gepropageerd wordt, is een ideaalbeeld van
middenklassers, dat vreemd is aan de voorstellingen van de
onderste bevolkingslagen. Pers en film schilderen vaak irreële
en van vooroordelen doorspekte beelden van psychiatrische patiën-
ten (krankzinnigen — alleen het woord zelf verraadt de vooroor-
delen). Het is belangrijk om dergelijke zaken aan te vallen, omdat
deze voorstellingen de afstand vergroten tussen wat men zich
voorstelt van psychische stoornissen en hoe die er in feite uit zien.
Dit belemmert in sterke mate het zelf-diagnostiserend vermogen,
omdat men vroeger symptomen niet onderkent als problematisch.
Voorts zal informatie veel eenvoudiger en subtieler doorgespeeld
moeten worden. Men zal moeten vermijden dat dit via aparte fol-
ders gaat; relevante informatie zal vertaald moeten worden in het
referentiekader van de onderlagen en gepubliceerd moeten worden
in regionale dagbladen, wijkkranten etc.

De selectieve opstelling van de psychiatrische verzorging. Over
het algemeen zijn wachttijden en afwijzingen gekoppeld aan in-
komen. Voor de leden van de onderste bevolkingslagen zijn de
wachttijsten langer en komen afwijzingen veel vaker voor. In dit
verband spelen andere factoren nauwelijks een rol en zij leveren
in onderzoek dan ook geen relevante correlatie op (Gleiss ea., 1973

p. 126 ev.). Lange wachttijden werken negatief op de motivatie van cliënten. Als argument bij afwijzing wordt vaak gezegd dat men niet geschikt is voor therapie, bij langere wachttijden zegt men dat men het te druk heeft. Vooral omdat mensen uit de onderlagen toch al zoveel bloot staan aan stress-factoren, is het wel bijzonder onrechtvaardig om hen af te wijzen, juist wanneer ze zich zelf aanmelden. Deze selectieve opstelling is het sterkst bij de ambulante geestelijke gezondheidszorg en deze ongelijkheid is er zowel bij de diagnose-stelling als ten aanzien van de intensiteit en aard van de behandeling. De opstelling van de politiserende hulpverlening is, dat juist de cliënten uit de onderste bevolkingslagen de meeste faciliteiten geboden moeten worden vanwege hun achtergestelde maatschappelijke positie. Zolang in een maatschappelijk systeem een ongelijke verdeling van macht, recht en goederen bestaat, zal het systeem daar ook de consequenties van moeten aanvaarden. Zoals vanwege de ongelijke kansen in het onderwijs compensatieprogramma's worden opgesteld voor de kansarme jongeren, zo is het voor de hulpverlening nog noodzakelijker om — hopelijk met meer succes — compensatieprogramma's op te stellen. Een noodzakelijk onderdeel daarvan vormt de gelijke behandeling in de hulpverlening. Dit wil zeggen dat er meer aandacht besteed moet worden aan de onderste lagen. Meer concreet betekent dit dat, wanneer instellingen met een overladen agenda zitten, cliënten uit de onderlagen bovenaan de wachtlijsten geplaatst moeten worden. Immers in hun sociale situatie zijn veel meer stress-factoren aanwezig, die de problemen kunnen verergeren, dan bij de andere sociale lagen.

Seidel (1972, p. 19 ev.) noemt als bezwaren tegen een te vroege behandeling en tegen onderzoek uit voorzorg (primaire preventie) de verhoogde kans op verkeerde diagnostisering, een verhoogde kans op stigmatisering en verergering van de stoornis door de reacties van de omgeving. Voorzichtigheidshalve wordt gesteld dat zwakke symptomen niet hoeven te verergeren tot een zware stoornis. Ook Gerards (1977, p. 25) stelt vraagtekens bij de tendens om alles maar te voorkomen wat de mens pijn kan doen: 'Het lijkt wel of de groeimogelijkheden die kunnen zitten in het zelf doormaken van een crisis minder gewaardeerd worden.' Hij vraagt zich voorts af 'of secundaire preventie niet zou kunnen bijdragen aan een

infantilisering van onze samenleving in plaats van dat ze de eigen zelfstandigheid en verantwoordelijkheid bevordert (...). Verlies namelijk in geloof in eigen kunnen, verlies aan zelfvertrouwen om moeilijke situaties in het leven zelf te boven te komen, verlies aan moed en durf om je in het vervolg zelf drijvende te houden.' (p. 27)

Een aantal bezwaren lijkt inderdaad terecht, maar ze staan niet in tegenstelling tot de boven gedane voorstellen. We hebben het daar vooral over de onderste bevolkingslagen. Daar is geenszins sprake van een *te vroege* signalering en behandeling van problemen, maar van een over het algemeen veel *te late* behandeling. Enerzijds dient het spontane herstel van psychische storingen in een beginstadium als mogelijkheid onderkend te worden, maar anderzijds weten we ook, dat crisissituaties niet altijd vanzelf tot een hoger niveau van ontwikkeling leiden. Vaak leiden ze tot frustraties en kunnen ze verergeren. Gezien de zwakkere 'psychische uitrusting' van de onderste lagen (zie het eerste deel van dit boek) is een dergelijk verloop in deze bevolkingsgroepen eerder te verwachten. Een therapeutische begeleiding bij het doormaken van crisissituaties zal vaker leiden tot positieve resultaten. Ik wil daarom een duidelijk onderscheid maken tussen het voorkomen van crisissituaties en het begeleiden van crisissituaties. Het voorkomen daarvan is mijns inziens ongewenst en onmogelijk, terwijl vooral voor de onderste bevolkingslagen begeleiding in crisissituaties een positief resultaat kan bevorderen.

Het geopperde bezwaar ten aanzien van de verhoogde kans op stigmatisering brengt ons wederom bij de maatschappelijke processen. Wanneer een vroege signalering en behandeling van psychosociale problemen leidt tot stigmatisering, moet dit niet geweten worden aan de vroege behandeling. Stigmatisering is het resultaat van vooroordelen en van sociaal gedrag. De bestrijding van die vooroordelen en het daarmee samenhangend gedrag zie ik als een belangrijk programmapunt van de hulpverlening. Stigmatisering schaft men niet af door vroege behandeling achterwege te laten, het proces treedt dan alleen later in werking. In de curatieve hulpverlening zal rekening gehouden moeten worden met de mogelijke effecten van stigmatisering op cliënten. Bovendien zal, zolang stigmatisering een rol speelt, bestrijding daarvan een expliciet punt van aandacht moeten zijn voor de preventieve activiteiten.

Ik spreek, overeenkomstig de zienswijze van de politiserende hulpverlening, van probleemsituaties; dit wil zeggen dat ik zwak-

ke symptomen niet wil etiketteren als signalen van zware psychische problemen van persoonlijke aard, maar dat ik wel opteer voor een vroegtijdig ingrijpen in probleemsituaties, onder meer door de oorzaken ervan te bestrijden en de cliënten bij die bestrijding te betrekken. Dit is een andere benadering dan die waarin prille symptomen worden gezien als voorboden van ernstige crises: wanneer men op die manier probleemsituaties benadert, neemt het gevaar toe van foutief gestelde diagnoses en verergering van lichte problemen, die vanzelf kunnen overgaan. Hiermee wordt opnieuw het normatieve en ethische aspect van onze benadering aangevoerd. Wanneer we immers probleemverwekkende situaties signaleren, kunnen we onze aandacht richten op een actieve verandering van die situatie (al dan niet samen met het betreffende cliëntensysteem), óf wel onze aandacht richten op personen die in zo'n situatie het meest gevoelig reageren. Kiezen we voor dit laatste dan hebben we slechts een aanpassende en stigmatiserende functie (we proberen de situatie voor de betreffende personen verdraagbaar te maken). Bij onze keuze betrekken we zowel de situatie als de getroffen personen in het hulpverleningsproces, maar zal ons doel meestal liggen in de verandering van de ongewenste situatie.

Samenvattend stel ik ten aanzien van de taken van de secundaire preventie het volgende voor:

- scholing, voorlichting en oefening van beambten die het dichtst bij de onderste bevolkingslagen staan, te weten onderwijzend personeel, maatschappelijke werkers, huisartsen, buurtwerkers, religieuzen etc., zodat zij zorg kunnen dragen voor een tijdige raadpleging van of doorverwijzing naar deskundigen;
- hulpverlening integreren in het alledaagse leven door instellingen dichter bij het woongebied te brengen;
- een actieve en initiërende functie van de hulpverlening bij het onderkennen van probleemsituaties;
- therapeuten voorlichten over de objectieve leefsituatie van de onderste bevolkingslagen en de subjectieve beleevingswereld van die situatie;
- relevante informatie vertalen in het begrippenkader en taalgebruik van de onderste bevolkingslagen en publiceren in de 'consumptielectuur' van die groepen (wijkkranten, regionale pers etc.);

- afschaffen van de ongelijkheid in de hulpverlening, met name in de aanmeldingsprocedure, onder meer door bevoorrechtiging van de onderste bevolkingslagen bij wachtlijsten;
- bestrijding van de oorzaken van probleemverwekkende situaties en begeleiding van cliënten in een crisissituatie.

7.4. Primaire preventie

Onder primaire preventie wordt verstaan het verhinderen van psychische stoornissen vanaf het begin door invloed uit te oefenen op de organische oorzaken van psychische stoornissen (bijvoorbeeld opsporing van zwakzinnigheid tijdens de zwangerschap), door systematische en regelmatige onderzoeken uit voorzorg en door psycho-hygiënische voorlichting aan de mensen die betrokken zijn bij de cliënten (bijvoorbeeld ouders, leerkrachten).

Seidel (1972, p. 21) noemt als moeilijkheid dat men bij de primaire preventie al snel stoot op de grenzen van de eigen bevoegdheid. Mag je gezinsstructuren bijvoorbeeld vanuit de psychiatrie aanvallen en is het überhaupt mogelijk om die vanuit de psychiatrie te veranderen? Seidel onderscheidt niet-specifieke preventie en specifieke preventie. Wij zullen deze onderverdeling niet hanteren, hoewel er een logisch onderscheid bestaat tussen zaken die beperkt zijn tot het gebied van de hulpverlening (zoals het vroeg opsporen van zwakzinnigheid) en zaken die het gebied van de hulpverlening overstijgen, maar waaraan de hulpverlening wel haar eigen bijdrage kan leveren (zoals maatschappelijke veranderingen). Ik heb dit onderscheid voldoende verwerkt in het schema, waarin de diverse objecten van interventie, de doelgroepen en de samenwerkingsverbanden zijn genoemd. Zo valt onder het object van interventie van extra-psychische aard het vanuit de hulpverlening voeren van acties voor de verbetering van de leefomstandigheden en de maatschappelijke voorwaarden, die leiden tot psychische problemen, ze in stand houden of verergeren. Vooral op dit gebied zal de politiserende hulpverlening zich actief moeten opstellen. Samenwerking met andere organisaties zal nodig zijn. Voor de bestrijding van situaties en factoren in de werksituatie (bijvoorbeeld volcontinuïedienst) is samenwerking geboden met vakbonden en politieke partijen. Om de woonomstandigheden te kunnen veranderen zal samenwerking met politieke partijen en actiegroepen

nodig zijn, maar ook contacten met kritische architecten, stedenbouwkundigen etc. Om een ideologische strijd te kunnen voeren tegen taboe-bevorderende ideologieën, geloofsopvattingen, opvattingen over ziek en gezond, normaal en abnormaal, stigmatisering etc. zal samenwerking nodig zijn met kritische mensen bij de massamedia, kerken, toneel etc.

Binnen de hulpverleningsinstituten wordt over het algemeen weinig heil van dit soort preventieve taken verwacht. Het effect ervan is niet direct meetbaar, zeker niet als het een algemeen strijd betreft voor welzijnsbevorderende structurele veranderingen die op een gegeven moment een politiek item zijn geworden. Van de Berg (1977, p. 79 ev.) memoreert een gesprek met collega-preventiewerkers, waarin gezocht werd naar de redenen waarom deze preventiewerkers geen heil zagen in deze structurele manier van primaire preventie. Van de Berg inventariseerde de volgende motieven: 'het is té lange-termijn-denken; je kunt het niet in je eentje; gezien de doelstelling van je instelling verkeer je niet in een positie om dat te doen; dat is politiek, dan moet je dictator worden van Nederland; je ziet toch geen resultaat; ik durf het zélf niet aan, je vecht voor een verloren zaak; als neveneffect van al je werken bereik je het toch al wel een beetje; het geeft voor jezelf geen directe bevrediging; je produktie is niet aanwijsbaar voor collega's, bestuur, enz; ik word machteloos en gedeprimeerd als ik erover nadenk; de machtsmiddelen uit de gevestigde orde slaan terug, bijvoorbeeld door het sluiten van de subsidiekraan; je verliest je goodwill bij vele instanties; je zaagt de poten onder je eigen stoel vandaan!'. Dergelijke opmerkingen van preventiewerkers maken duidelijk, dat er gevoelens van onmacht en angst zijn en dat er over het algemeen individueel gedacht wordt. Dit zal waarschijnlijk samenhangen met het feit dat de preventie nog sterk ingebed is in het curatieve werk, en dat preventie vaak nog het werk van één persoon is.

Voor de primaire preventie zie ik de volgende taken:

- Tegengaan van stigmatisering door de reeds genoemde programmapunten: mentaliteitsverandering door informatieverstreding en ideologie-bestrijding en door het integreren van de hulpverlening in het alledaagse leven.
- Verbetering van de materiële mogelijkheden voor therapeutische hulp door te bewerkstelligen dat therapeutische hulp door

het ziekenfonds wordt betaald en dat men hiervoor betaald verlof kan krijgen. Dit zal vooral voor de onderste sociale lagen de materiële drempels verlagen, maar tevens de psychische drempels, omdat therapeutische hulp dan als een meer normale zaak zal worden geaccepteerd.

— Het afbouwen van de tertiaire preventie door deze, met name wat betreft de persoonlijke en sociale begeleiding, te integreren in de curatieve hulpverlening door een actiever beleid ten aanzien van de nazorg.

— Steun geven aan belangengroepen en emancipatorische bewegingen, die de probleemverwekkende factoren in de leefomstandigheden bestrijden en actief zijn om de algemene ongelijkheid in onze samenleving af te schaffen. Dit geldt voor belangenorganisaties binnen de hulpverlening (Cliëntenbond en Gekkenkrant) en voor (buitenparlementaire) actiegroepen en belangenorganisaties, waarmee samengewerkt kan worden (onder andere vakbonden en politieke partijen). Primaire preventie in de zin van het voorkomen van bepaalde problemen, door bestrijding van specifieke oorzaken, is door de multicausaliteit van de meeste problemen bijna onmogelijk. Vandaar dat de ondersteuning van het verzet tegen omstandigheden waarvan we weten dat ze probleemverwekkend zijn, hier wordt genoemd. Voorstellen in deze richting worden uitgewerkt door De Bont en Schrijvers (1977b), die ook verschillende praktische ervaringen weergeven. Stress-bevorderende factoren die het object van actie kunnen zijn hebben we gezien in het eerste deel van dit boek.

— Begeleiding bij het optreden van probleemverwekkende veranderingen, zoals (massaal) ontslag, verlies van partner(s), sanering van wijken, pensionering etc. Hier dient de primaire preventie een signalerende functie te hebben en dient begeleiding geïnitieerd te worden, omdat dergelijke veranderingen vaak samen gaan met ontwikkelingscrises. Eenvoudige informatie die de mensen inlicht over mogelijke gevolgen van dergelijke situaties kunnen de mensen helpen bij een vroeger signalering van problemen en hen een anticiperende houding verschaffen.

— Een actief beleid voeren om hulpverlening voor alle bevolkingslagen bereikbaar te maken, met name door voorlichting, verandering van het organisatorische beleid en het planningsbeleid, ontwikkeling van naar klassen gespecificeerde therapeutische methoden en (bij)scholing van therapeuten.

— Bewerkstelligen dat de onderste bevolkingslagen in staat worden gesteld tot het verwerven van meer sociale competentie, waar-
onder Gleiss ea. (1973, p. 208) zowel zakelijke als persoonlijke en sociale eigenschappen verstaan, zoals het zich kunnen inleven in andermans situatie. Anders gezegd, we zullen er zorg voor moeten dragen dat de onderste bevolkingslagen instrumenteel uitgerust worden om met de maatschappij om te kunnen gaan. Dat hebben ze nooit geleerd. Men zou deze dingen kunnen bereiken door compensatorische opvoeding (resocialisatie). Belangrijk onderdeel daarin zal moeten zijn het aanleren van meer flexibiliteit om de mensen meer weerbaar te maken, meer zelfbewustzijn en een grotere tolerantie te bevorderen, waardoor de ruimte vergroot wordt voor eigen probleem-oplossend gedrag. Hierbij staat mij geenszins voor ogen ideaalbeelden van de gezonde mens naar maatstaven van de middenklasse na te streven. Integendeel, we moeten bewerkstelligen dat mensen uit de onderlagen die eigenschappen verder ontwikkelen, die in hun situatie van belang zijn om zich staande te houden en zich actief op te stellen bij de strijd voor vermindering van de 'krachten en spanningen die van buitenaf op het psychisch evenwicht inwerken' (Hilberink, 1976, p. 228). De gezonde mens uit de onderlagen zal verschillen van de gezonde mens uit de bovenlagen: we zullen daarom minder onze eigen ideaalbeelden op hen moeten projecteren en meer moeten onderzoeken welke de eigenschappen zijn, die de mensen uit de onderlagen bezitten, die zich het beste in de onderlagen handhaven en ontwikkelen. Deze compensatorische opvoeding zou gesubsidiëerd moeten worden en plaats moeten vinden in gratis aangeboden vormingscursussen, trainingscursussen etc. Ik denk hierbij aan gepopulariseerde vormen van assertiviteitstrainingen, zoals deze ook in de vrouwenbeweging gebruikt worden om de sociale achterstand van deze bevolkingsgroep enigszins in te halen (Kattier, 1977, p. 103 ev.).

— Het bestrijden van ongelijkheid in de hulpverlening op alle niveaus. Dus naast bestrijding van ongelijkheid in de voor- en nazorg (zie boven) ook bestrijding van ongelijkheid tijdens de behandeling. Hier liggen heel wat taken. Gleiss ea. concluderen op basis van diverse onderzoeken, dat hoe hoger de sociale laag van de cliënt is, des te groter de kans op psychotherapeutische behandeling, terwijl hoe lager de sociale laag is des te groter de kans op somatische behandeling of helemaal geen behandeling (opsluiting) (1973, p. 142). Dit ondanks het feit dat psychotherapie

ook in de onderste bevolkingslagen tot meer succes leidt. Van de psychiatrische patiënten uit de onderlaag wordt één vierde deel zonder enige vorm van behandeling gehospitaliseerd. We zagen reeds eerder, dat het ook slecht gesteld is met de verwijzing en de aanneming van patiënten uit de onderlagen. Er bestaat een sterk onderscheid in de behandeling naar sociale laag, waarbij de hoogste sociale lagen ook hier sterk geprivilegieerd worden. Ook hier pleit ik voor een gelijke behandeling. Argumenten als zouden de onderste bevolkingslagen minder geschikt zijn voor psychotherapieën berusten niet op onderzoek. In de onderlagen bestaat weliswaar de verwachting dat men een somatische behandeling krijgt, en psychische problemen worden er vaak vertaald in somatische klachten. Bovendien is er het verwachtingspatroon georiënteerd op recept-hulpverlening, dat wil zeggen men verwacht hulpverlening waarin meteen gezegd wordt wat men in een bepaalde situatie het beste kan doen. Maar dit alles betekent niet dat men zich daar als therapeut bij moet neerleggen en dat men moet zeggen dat de cliënt ongeschikt is voor psychotherapie. Men moet met cliënten motivatiegesprekken voeren, waarin verwachtingen worden afgestemd op de realiteit en waarin de hulpverlener zelf stappen onderneemt in de richting van de cliënt.

De politiserende hulpverlening zal zich actief moeten verzetten tegen alle ongelijkheid in de hulpverlening en zij zal organisaties die op dit gebied actief zijn moeten ondersteunen. Voor een analyse van de feitelijke ongelijkheid in de psychiatrische hulpverlening verwijs ik naar het voortreffelijke inventariserende werk van Gleiss ea. (1973, p. 105-193).

HET WERKEN MET GROEPEN

ER wordt in de hulpverlening op veel verschillende manieren met groepen hulpvragers gewerkt. Veel van deze verschillende werkwijzen hebben zich ontwikkeld tot gangbare groepstherapieën. In dit hoofdstuk zullen we bekijken of de politiserende hulpverlening een eigen groepsmethode aan het bestaande arsenaal toevoegt. In de eerste paragraaf zal ik enkele uitgangspunten signaleren die politiserende hulpverleners gemeen hebben wanneer ze werken met groepen. Daarna zal ik enkele bestanddelen belichten die een noodzakelijk onderdeel uitmaken van het groepswerk (8.2.) en zal ik een leidraad geven die hierbij als mogelijk houvast kan dienen (8.3.). Tenslotte ga ik in op de gecompliceerdheid van de onderlinge verhouding van de verschillende elementen die in de politiserende hulpverlening met groepen een rol spelen (8.4.).

8.1. Uitgangspunten

Een belangrijk aspect van de politiserende hulpverlening is het werken met groepen hulpvragers. Een van de eerste vragen die zich opdringt is de vraag naar een specifieke groepsmethode van de politiserende hulpverlening. Een van mijn belangrijkste uitgangspunten is, dat zo'n speciale methode niet bestaat en dat er op vele manieren gewerkt kan worden met groepen. Dit standpunt is vrij merkwaardig, omdat de discussie in de alternatieve hulpverlening en op opleidingen zich vaak toespitst op het zoeken naar en het propageren van één bepaalde methode; die geldt als de enige echte methode van politiserende hulpverlening of als de beste methode van hulpverlening. Hoewel ik zelf ook lange tijd politiserende hulpverlening heb gekoppeld aan één specifieke manier van

werken en daarbij inhoud en vorm sterk probeerde te integreren, heeft de ervaring mij geleerd, dat meerdere methoden van werken mogelijk zijn. Mijns inziens bestaat er geen methode van werken die succesvol is voor alle soorten cliënten, problematieken en situaties. Eerder dan door een specifieke werkmethode wordt de politiserende hulpverlening in het groepswerk gekarakteriseerd door het perspectief waarin problemen worden waargenomen en door de doelstellingen die aan de behandeling gegeven worden. Hierdoor ontstaan weliswaar gemeenschappelijke kenmerken in groepen die begeleid worden door politiserende hulpverleners, maar er tekent zich geen specifieke methode af: het is integendeel juist van belang niet aan een specifieke manier van werken vast te zitten. Wanneer men bijvoorbeeld werkt met groepen uit de onderste bevolkingslagen, wordt vaak een grote inventiviteit gevraagd in de begeleiding en kan één bepaalde manier van werken een belemmering vormen. Mijns inziens verhoogt een ruim methodisch en technisch instrumentarium de flexibiliteit van de hulpverlener en zijn inventiviteit en creativiteit.

Wat het methodisch werken betreft deel ik de mening van Shaffer en Galinsky (1976, p.13) dat men als hulpverlener normaliter komt tot een 'gedisciplineerd eclecticisme', dit wil zeggen dat in feite iedere hulpverlener een eigen persoonlijke stijl en methode van hulpverlening ontwikkelt en daarbij een aantal aspecten van diverse methoden combineert. De manier van hulpverlening is mijns inziens afhankelijk van de persoonlijke aard van de hulpverlener, van de aard en intensiteit van de problematiek, van de persoonlijkheid van de hulpvrager of de samenstelling van een groep hulpvragers en voorts van de doelstellingen die men heeft ten aanzien van de hulpverlening. Het onderscheid tussen de politiserende hulpverlening en andere benaderingen ligt niet zozeer in de concrete werkwijze, maar veeleer in de doelstellingen en de manier waarop problemen benaderd worden. Vooral daarin zijn een aantal principes terug te vinden, die kenmerkend zijn voor de manier waarop in de politiserende hulpverlening met groepen wordt gewerkt. Hieronder zal ik een aantal van deze principes karakteriseren.

Een belangrijk principe in het werken met groepen is om cliënten te activeren door maatschappelijke en sociale problemen niet te verinnerlijken (individualiseren), maar te veruiterlijken. In het werken met de groep wordt sterk rekening gehouden met de sociale laag waaruit de groep of leden van de groep voortkomen. De

naar sociale laag gedifferentieerde manier van werken komt voort uit de noodzaak om met een groep middenklassers (bijvoorbeeld intellectuelen) heel anders te werken als met een groep arbeiders. Daar zijn een aantal factoren voor verantwoordelijk. Zo zal de subjectieve beleving van dezelfde problemen voor de diverse bevolkingslagen heel anders zijn. Bij het praten over problemen blijkt het reflexief vermogen (het kunnen nadenken over de eigen gevoelens) veel groter bij de middenklassers: deze kunnen hun problemen veel gemakkelijker uitdiepen (en zijn dus geschikt voor diepte-therapieën, zoals psychoanalyse). De keuze voor een meer rationele of cognitieve benadering die een beroep doet op inzicht ligt bij zo'n groep voor de hand.

Bij personen uit de onderste lagen is de directe emotionele beleving vaak het belangrijkste en bestaat er een grotere *georiënteerdheid op handelniveau*. Waar men met middenklassers gemakkelijk breed kan uitweiden over problemen in hun totaliteit, zal men met arbeiders meer thema-gewijs moeten werken en op concreet niveau. Het abstractieniveau ligt immers lager en men is gewend om zaken in hun concrete gecompliceerdheid te beleven, met andere woorden men kan het één moeilijk los koppelen van het ander; men beleeft problemen in de totale leefsituatie en probeert problemen te simplificeren door schuldigen aan te wijzen ('scape-goating'). Zo zijn er veel specifieke verschillen op te sommen. Het spreekt haast voor zich dat men hier rekening mee houdt wanneer men met groepen werkt. Met arbeiders zal men bijvoorbeeld ofwel moeten werken aan heel concrete problemen (bijvoorbeeld bepaalde actiepunten) ofwel moeten starten vanuit de alledaagse situatie en de gecompliceerdheid daarvan langzaam moeten ontrafelen met behulp van rollenspelen, dramatechnieken en dergelijke. Men kan hierbij ook principes te hulp roepen van vormingsmethoden (bijvoorbeeld Negt, 1972; Freire, 1973). Maar ook methodische principes en technieken uit de gedragstherapie kunnen bruikbaar zijn. Ondanks de felle kritiek die over het algemeen door de kritische beweging wordt geleverd op het inhoudsloze en aanpassende karakter van de gedragstherapie, wil ik onderstrepen dat in de gedragstherapie ook tegengestelde mogelijkheden aanwezig zijn. Men kan met behulp van gedragstherapie cliënten weliswaar aanpassen aan een ongewenste omgeving en hen ongewenst gedrag afleren, maar evengoed kan men cliënten met behulp van gedragstherapie leren omgaan met een niet gewenste

omgeving en hen daarvoor een veranderende en beïnvloedende rol aanleren. Het door reflectie leren zien van de mogelijkheden van een nieuwe situatie of van ander gedrag vereist vaak een abstractievermogen dat arbeiders zich niet eigen hebben kunnen maken. Wanneer men echter kunstmatig een nieuwe situatie schept, bijvoorbeeld met behulp van gedragstherapeutische principes, kan men concreet beleven en voelen dat men in zo'n nieuwe situatie ook anders reageert. Zo kan men voelen dat men zich anders en effectiever kan gedragen en daardoor kunnen cliënten in hun alledaagse situatie kiezen voor andere vormen van gedrag. Dergelijke situaties worden bijvoorbeeld opgeroepen met behulp van rollenspelen. Ook de deelalternatieven waarover Burki ea. (1977) spreken (situaties die gedeeltelijk een alternatieve werk-, woon- of leefvorm bieden voor de huidige maatschappelijk gepropageerde vormen), zijn een illustratie van de therapeutische effecten van een experimentele situatie waarin men anders kan leven door gewenste omgangsvormen te creëren, die vooruitlopen op de huidige maatschappelijke situatie.

Ik wil nu even ingaan op de ideologische kritiek die vaak geuit wordt op de bestaande therapie methoden. Deze kritiek is voornamelijk gericht op de manier waarop deze methoden gebruikt worden en op de theorieën waarmee ze 'verkocht' worden. Wanneer men vanwege dergelijke kritiek ook de methode verwerpt, vergeet men te kijken naar de feitelijke therapeutische waarde van bepaalde methoden. Door ideologische kritieken alleen kunnen werkmethoden bijna nooit verworpen worden en zeker technieken niet. Dat kan alleen wanneer methoden direct samenhangen met de inhoudelijke doelstellingen. Zo kunnen we enerzijds constateren dat de psychoanalyse bij uitstek een individualiserende psychologiserende en soms biologiserende methode is, maar anderzijds blijken heel centrale principes bruikbaar voor een meer kritische manier van werken (vergelijk Reich en Richter, 1973, 1974a, 1974b). Wanneer men allerlei methodische principes uit ideologische overwegingen verwerpt verengt men het methodisch instrumentarium waarover men kan beschikken aanzienlijk. Deze opstelling betekent geenszins dat ik ervoor pleit om alle methoden en technieken goed te keuren en naar willekeur inpasbaar te maken in de werkwijze van de politiserende hulpverlening. Wel is het nodig veel bestaande kritieken te herzien en na te gaan in hoeverre deze kritieken een verwerping zijn van de manier waarop verschil-

lende technieken worden aangewend (bijvoorbeeld in de gedrags-therapie) en in hoeverre er kritiek geleverd wordt op de methode zelf en op de feitelijke handelingen die verricht worden. Zo zijn technieken als rollenspelen en psychodrama gebaseerd op of sterk verwant aan de gedragstherapie, terwijl rollenspelen wel intensief worden gebruikt door hulpverleners die tegelijkertijd kritiek hebben op de gedragstherapeutische principes. In deze kritiek gaat weinig logica schuil, reden waarom een kritische bezinning hierop gewenst is. Zoals ik boven stelde zijn bepaalde technieken en methoden ongeschikt voor bepaalde bevolkingslagen. Wanneer men echter alleen over die technieken beschikt, is men gedwongen om de cliënten in te passen in die manier van werken, wat mijns inziens ongewenst is en tot een zeer gekunstelde manier van hulpverleners leidt.

Een ander belangrijk principe bij het werken met cliënten uit de onderste bevolkingslagen is, dat men rekening houdt met de veelheid van negatieve ervaringen die deze mensen hebben opgedaan. Het onderstrepen en voortdurend benadrukken daarvan (bijvoorbeeld in het kader van de bewustwording van de cliënt) kan anti-therapeutische effecten oproepen, zoals fatalisme, apathie en passiviteit. Het is daarom van belang om positieve ervaringen uit het verleden te benadrukken en cliënten te stimuleren tot het opdoen van nieuwe positieve ervaringen (zoals in de deelalternatieven): daardoor maakt men energie vrij om dingen te ondernemen en nieuwe perspectieven te zien. Men kan in een groep een positieve sfeer scheppen door ook aandacht te besteden aan gezelligheidsmomenten. Bij eventueel te ondernemen acties zal men moeten letten op de haalbaarheid daarvan en op de mogelijkheden tot verhoging van gevoelens van solidariteit. Acties waarvan men het negatieve resultaat vooraf kan bevroeden zullen de passiviteit versterken, omdat gevoelens over de onveranderbaarheid van bepaalde situaties en omstandigheden op deze manier versterkt worden (zie Janssen, 1977).

Wanneer er gewerkt wordt met cliënten uit de middenlagen is het eenvoudiger een tijd stil te staan bij de analyse van een bepaalde situatie, maar bij cliënten uit de onderlagen ligt het meer voor de hand om te werken aan actiepunten die door de gevoelsmatige beleving bewustwording opwekken. Het succes van een actie kan de ervaring opleveren, dat omstandigheden veranderbaar zijn en cliënten kunnen op die manier meer zelfvertrouwen krijgen en ge-

loof in de eigen subjectieve krachten. In plaats van voortdurend het slachtoffer te zijn van maatschappelijke verhoudingen (object-beleving) beleven de cliënten de kracht van het eigen kunnen (subject-beleving). De therapeutische waarde hiervan is vergroting van het zelfvertrouwen en vermindering van fatalistische neigingen; niet minder van belang is het feit dat de cliënt opgekropte en ge-individualiseerde spanningen een vrije baan naar buiten kan geven, waardoor veel nieuwe energie vrij komt. Voorts bemerkt de hulpvrager dat hij niet alleen is met zijn problematiek: door de collectivisering van ervaringen groeit doorgaans een gevoel van solidariteit, waardoor cliënten uit een verstikkend isolement kunnen groeien (dit is vooral van belang voor onderdrukte groepen). Het proeven van hoe het anders kan en het vrijkomen van energie door extern gerichte daden heeft een belangrijk therapeutisch effect dat we bijvoorbeeld ook kennen in sensitivity-trainingen; de hoerastemming die daar groeit is echter doorgaans aan sterke extinctie onderhevig, omdat trainingen van korte duur zijn en los van de alledaagse situatie plaatsvinden. Trainingen zijn er op gericht om door kortstondige opwekking van positieve en intensieve gevoelens een transfer te bewerkstelligen naar de alledaagse situatie. Dit is vaak onmogelijk omdat daar de typische sfeer van de trainings-situatie ontbreekt. In de actiecomponent van de politiserende hulpverlening werkt hetzelfde principe, maar het wordt daar meer aangewend om de groep hulpvragers te stimuleren om door te gaan, wat mogelijk is omdat de actie gericht is op hun alledaagse situatie.

Het therapeutische effect van de gemeenschappelijke problematiek en maatschappelijke achtergrond van cliënten is al bekend sinds het ontstaan van de groepstherapie. In het maatschappelijke groepswork zoals dat aan het begin van de twintigste eeuw ontstond werd geprobeerd om groepen naar gemeenschappelijke problemen en achtergronden samen te stellen. Ook in de psychologische begeleiding van patiënten met somatische ziekten (zoals tuberculose) stond dit vanwege de therapeutische effecten centraal. De medicus Pratt verwierf daardoor de naam van grondlegger van de groepstherapie. Shaffer en Galinsky (1976, p.19) daarover: 'In de loop van de tijd verwierf Pratt een subteler inzicht in de psychologische aspecten van de groepsinteractie. Hij kreeg oog voor het belang van de sfeer van onderlinge steun, gecreëerd doordat de patiënten een "gemeenschappelijke band in hun gemeenschappelijke ziekte" bezaten (Spotnitz, 1961, p.29) — een thera-

peutische factor die bij alle vormen van groepspsychotherapie op de voorgrond wordt gesteld —, en hij legde nadruk op de gunstige invloed die de ene patiënt, vooral als zijn gezondheid vooruitging, op de andere kon uitoefenen.' In de loop der tijd zijn er erg veel therapieën en groepsmethoden ontstaan die deze aspecten niet meer als belangrijk of centraal stelden. In die zin betekent de politiserende hulpverlening een regressie naar het verleden. De benadrukking van dit therapeutische aspect van de gemeenschappelijkheid van problematiek zien we ook terug bij de spontaan ontstane zelfhulp-groepen, bij het 'Radical Therapist' Collectief (1974), bij Jervis (1974) en bij de Therapeutische Club München. Door het gemeenschappelijke karakter van de groep is het mogelijk om gemeenschappelijke aspecten en oorzaken van problemen op te sporen en die te onderscheiden van de subjectieve reactie daarop. Dit biedt op zijn beurt mogelijkheden tot reflectie op de eigen problematiek, de eigen rol daarin en de rol van de buitenwereld.

Een ander punt dat reeds aangeroerd werd betreft de rol van de begeleider. Wanneer men met middenklassers werkt kan men eerder gebruik maken van verbale middelen, waarbij het initiatief ook van de cliënt kan uitgaan (bijvoorbeeld in de Rogeraanse werkwijze). De rol van de begeleider zal bij arbeiders over het algemeen anders moeten zijn: men zal in eerste instantie moeten aansluiten op de verwachting dat de hulpverlener een actieve, initiërende en structurerende houding aanneemt. Wanneer een groep eenmaal aan het werk is, doordat men gebruik maakt van handelingsgeoriënteerde methoden zoals rollenspelen en andere 'doe'-activiteiten, kan de rol van de begeleider gemakkelijk veranderen. Na verloop van tijd komen spraakwatervallen meestal onstuitbaar los en kan men ook met groepen uit de onderste sociale lagen gemakkelijk verbaal werken. Dikwijls is dat echter naar aanleiding van dingen die de groep meemaakt. Overigens wordt hier met een minder verbale benadering niet bedoeld dat er gewerkt moet worden met non-verbale oefeningen en spelletjes, dat is slechts één van de mogelijkheden. Ook hier geldt dus dat van de begeleider een grote mate van flexibiliteit geëist wordt, in tegenstelling tot een begeleider die in één bepaalde methode geoefend is, waarmee elke willkeurige groep benaderd wordt.

Als belangrijkste uitgangspunten in het werken met groepen kunnen genoemd worden: het streven naar homogene samenstelling van de groep met als criteria homogeniteit van problematiek

en bij voorkeur ook van maatschappelijke achtergrond (sociale laag); het streven naar opsporing van gemeenschappelijke aspecten in de problematiek ter onderscheiding van de individuele aspecten en de individuele reactie op de gemeenschappelijke aspecten; stimulering van collectief verzet tegen externe belastende of oorzakelijke factoren met betrekking tot de problematiek; het benadrukken van de subjectieve macht tegenover de objectieve werkelijkheid en inzichtsbevordering ten aanzien van het belang van collectivering van de subjectieve macht; het benadrukken van de positieve ervaringen ten opzichte van de negatieve ervaringen, speciaal bij de onderste sociale lagen; ten slotte de flexibele rol van de begeleider met betrekking tot de gehanteerde methode, waarbij als regel geldt dat de hulpverlener beschikt over een ruim methodisch en technisch instrumentarium, dat hij selectief aanwendt al naar gelang de sociale samenstelling van de groep, de aard en intensiteit van de problematiek en de doelstelling van de groep.

8.2. Ingrediënten van het groepswerk

Ik beschouw het als vanzelfsprekend dat bij het werken met groepen volgens de uitgangspunten van de politiserende hulpverlening een aantal groepsdynamische principes toegepast worden, zoals het feit dat een groep eerst kennis met elkaar gemaakt moet hebben en dat er eerst een sfeer van vertrouwen moet groeien. Het gaat mij in deze paragraaf niet om deze groepsdynamische aspecten, maar allereerst om het signaleren van enkele ingrediënten die karakteristiek zijn voor het werken met groepen volgens het concept van de politiserende hulpverlening. Ik zal daarvan een aantal kenmerken noemen.

Cliënten vragen in eerste instantie een oplossing voor hun als individueel ervaren problemen. Een (politiserend) hulpverlener heeft als eerste taak aan deze hulpvragende behoefte tegemoet te komen. Wanneer problemen van cliënten sterk samenhangen met structurele factoren die niet op korte termijn veranderd kunnen worden, zal men toch aandacht moeten schenken aan de manier waarop de cliënt op een meer bevredigende manier met die problematische situatie om kan gaan. Naast het groepswerk kan individuele begeleiding nodig zijn: het is dus gewenst om mogelijkheden daartoe te bieden. In die persoonlijke begeleiding kunnen

bepaalde individuele aspecten van de problematiek uitgediept worden, maar kan ook het gedrag in de groep besproken worden. Dus ook de subjectieve en individuele aspecten van de problematiek moeten aan bod komen.

De objectieve kanten van de problematiek (de politiek-maatschappelijke en situationele aspecten en milieu-achtergronden) zullen in de groep geanalyseerd moeten worden om inzicht in en bewustwording van de problematiek teweeg te brengen. Door de bewustwording van de maatschappelijke aspecten kunnen therapeutische effecten optreden, omdat deze bewustwording de cliënt bijvoorbeeld van schuldgevoelens kan verlossen of van de indruk dat hij of zij de enige is met zo'n problematiek. De problematiek hoeft niet langer te worden opgevat als alleen een kwestie van persoonlijk falen of eigen gebreken, maar ook als resultaat van omstandigheden buiten de cliënt. Daardoor treedt meestal ook een versterkt zelfbewustzijn op. Volgens Perls werkt bewustwording op zichzelf al genezend (Lievense en Van de Wetering de Rooij, 1975, p.13). Deze bewustwording kan er toe bijdragen dat cliënten hun problemen leren te relativeren (in breder verband zien) en energie vrij krijgen om zelf initiatieven te nemen tot emancipatie en tot verzet tegen probleemverwekkende omstandigheden.

Door bewustwording van maatschappelijke en situationele achtergronden en oorzaken kan in een groep collectiviteit en solidariteit groeien, waardoor men zich als groep actief kan gaan verzetten tegen bedreigende factoren en zich aan kan gaan sluiten bij belangenorganisaties. De groep kan voor de leden op deze manier een belangrijke in-groep worden, waar men een diep contact met elkaar voelt (wat wederom therapeutisch werkt). Door noodzakelijke onderlinge steun kunnen problemen overwonnen worden. Bewustwording en collectiviteit (contact) zijn om deze redenen essentiële principes in het werk van het 'Radical Therapist' Collectief (1974, p.18 ev.). Dezelfde aspecten zien we in verschillende vormen ook terug in de vrouwenbeweging.

De activering van mensen tegen omstandigheden die hun wetzijn bedreigen en de activering van mensen voor het bereiken van zaken die hun emancipatie bevorderen vormt een belangrijk onderdeel van de politiserende hulpverlening. Bewustwording (het tweede aspect) kan hiervoor een noodzakelijke voorwaarde zijn, maar geen absolute. Het voeren van acties op zich zet meestal een bewustwordingsproces op gang (bewustwording van machtsverhou-

dingen en maatschappelijke veranderingsprocessen en van de eigen mogelijkheden om dingen te veranderen) en kan voor verschillende bevolkingsgroepen een belangrijke vrijwording met zich mee brengen, waarvan de effecten dieper gaan dan bij de bewustwording door analysering. De activering van mensen kan voorts een integratie tot stand brengen tussen de curatieve en preventieve functies van de hulpverlening. Cliënten worden immers geactiveerd om zelf de maatschappelijke mistoestanden waarvan zij het slachtoffer zijn geworden openlijk aan de kaak te stellen (het openbaar maken van klachten met betrekking tot maatschappelijke tekorten) en een actieve rol op zich te nemen om zaken te veranderen. Deze integratie tussen curatieve en preventieve hulpverlening is een kenmerkend streven van het groepswork in de politiserende hulpverlening. Het actievoeren voor het bereiken van zaken die de eigen emancipatie (en die van anderen in de toekomst) kunnen bevorderen kan leiden tot opzienbarende successen. Zo zijn er in de loop van de tijd onder invloed van de alternatieve hulpverlening en gelijksoortige werkvormen en met behulp van sympathiserende groepen verschillende resultaten geboekt, zoals het opzetten van wetswinkels, crisisinterventie-centra, het Bureau voor Experimentele Werkbemiddeling, afkickboerderijen, Gekkenkrant, Buitenlands Arbeiders Kollektief etc. Ook de vrouwenbeweging heeft op dit gebied aanzienlijke resultaten geboekt, zoals de oprichting van het Vrouwenhuis, de Stichting 'Blijf van mijn Lijf', de vrouwentelefoon, wettelijke veranderingen die tot grotere gelijkberechtiging van de vrouw leiden etc. Het belang van de sociale actie voor de preventieve taken van de hulpverlening is niet gering. Preventieteam in de hulpverlening zijn gesubsidieerde instituties en zijn daardoor per definitie afhankelijk en gedeeltelijk ingekapseld; dat wil zeggen dat een preventie-team belemmerd wordt in het voeren van acties en zich moeilijk ongenueanceerd kan opstellen, omdat men als instelling aan allerlei samenwerkingsverbanden deelneemt en financieel afhankelijk is van de overheid. Daardoor wordt de invloed van het preventieve werk sterk ingeperkt en zal de actiecomponent altijd een marginale plaats in het werk innemen. Op zich is dat niet zo erg, maar een preventie-team moet zich wel voortdurend bezig houden met de verbreding van die marges. Externe druk door niet gesubsidieerde buitenparlementaire actiegroepen en belangenorganisaties is daar een belangrijk middel toe. Actie is voor de preventie van groot belang om veranderingsproces-

sen op gang te kunnen brengen en vaak zijn ongenueanceerde standpunten nodig om mensen wakker te schudden. Deze dingen kunnen het beste door actie- en belangengroepen gedaan worden. (Ex-)cliënten hebben daarom in georganiseerd verband een belangrijke functie en verlenen op die manier meer macht en mogelijkheden aan het preventieve werk.

Bovengenoemde aspecten (het hulpverlenings-, bewustwordings- en actiaspect) zijn duidelijke ingrediënten van het groepswork in de politiserende hulpverlening. Daarbij herhaalt ik dat het derde aspect (sociale en politieke actie) niet per se binnen de instellingen hoeft te gebeuren (wanneer op betreffend gebied reeds groepen actief zijn, kan men mensen motiveren om daar lid van te worden) en ook niet altijd voor iedere groep haalbaar zal zijn. Sommige problematieken zijn daarvoor te ernstig van aard of lenen zich daar nauwelijks voor (bijvoorbeeld relatieproblemen, problemen tussen jongeren en hun ouders). Het activerende moment ligt dan veel meer in het persoonlijke leven of in acties die in eerste instantie ver af lijken te staan van de concrete problemen (bijvoorbeeld acties voor meer rechten van minderjarigen). Bij sommige groepen, speciaal bij groepen met problemen van multicausale aard, zal het bewustwordingsstadium vaak het einde markeren en het actieve moment zal veel eerder liggen in het werken aan de eigen situatie. Dit kan ook gelden voor problemen die door oorzaken in het verleden zijn ontstaan (traumatische ervaringen, massale ontslagen zoals bij de mijnsluitingen in Limburg):

Wanneer men als politiserend hulpverlener per se met de groep hulpvragers actie wil voeren, dan verengt men noodzakelijkerwijze de hulp die men kan bieden. Immers sommige soorten groepen komen überhaupt niet in aanmerking voor actie, zoals groepen die worden samengesteld om de individuele gevolgen van probleemsituaties te bestrijden (bijvoorbeeld bij drugs- of alcoholverslaafden, mensen in identiteits- of geloofscrisis en weglopers). Met andere woorden: sommige groepen zijn samengesteld naar de gemeenschappelijke manier van reageren op probleemsituaties van uiteenlopende aard (bijvoorbeeld bij drugsverslaafden).

Bij andere problemen, zoals huisvesting voor jongeren en alleenstaanden, heeft men te maken met een snel wisselende groep hulpvragers met een duidelijke materiële klacht. In zo'n geval kan men als instelling een werkgroep instellen, die op gemeentelijk niveau actief is om voorzieningen op dit gebied te bereiken. Men

kan cliënten er toe motiveren daar aan deel te nemen, maar vaak zullen zij daar niet voor gemotiveerd zijn, omdat hun problematiek te weinig acuut is. Men kan dan slechts een incidentele doorstroming vanuit de individuele hulpverlening naar zo'n werkgroep verwachten.

Deze opmerkingen relativiseren enigszins de mogelijkheid tot integratie van de drie genoemde aspecten. Reeds eerder gingen we in op de wenselijkheid van deze integratie, waarbij ik stelde dat het in sommige gevallen niet wenselijk is om de drie aspecten binnen één instelling te verenigen. Wanneer immers in andere welzijnsinstellingen (bijvoorbeeld het vormingswerk) op het betreffende gebied reeds groepen of organisaties bezig zijn, kan men als hulpverlener ook een groep overdragen. Wanneer op het betreffende gebied echter nog geen groepen actief zijn is het van het grootste belang om door middel van cliëntengroepen dergelijke actiegroepen of belangenorganisaties te initiëren om lacunes op te vullen. Hieronder ga ik verder in op een uitwerking van de bovenstaande ingrediënten.

8.3. Een leidraad voor het werken met groepen

Centraal uitgangspunt bij het werken met groepen is dat er géén groepsmethodiek ontwikkeld kan worden, die op elke willekeurige groep hulpvragers van toepassing is. Elke groep is anders en vraagt om een andere manier van begeleiding. Zoals ik in de paragraaf over de uitgangspunten zei, is inventiviteit, creativiteit en de beschikking over een ruim hulpverleningsinstrumentarium belangrijker dan het streven naar één bepaalde methodiek. Het zoeken naar één methodiek en naar uitgestippelde programma's kan zelfs remmend werken op de ontwikkelingsmogelijkheden van een groep. Men kan methodieken nu eenmaal niet alleen uit boeken leren. Het reële gevaar van het aanleren van één methodiek (bijvoorbeeld de encounter-methode) is, dat men elke willekeurige groep volgens die methode gaat begeleiden, ongeacht de problematiek van die groep, de voorwaarden waaronder de groepsleden leven etc. Dit standpunt betekent evenwel niet, dat men zomaar moet experimenteren zonder een richtsnoer.

Belangrijk bij het werken met een groep hulpvragers is duidelijk te krijgen wat men zelf met die groep wil en te peilen wat de

groepsleden met die groep willen. Op basis daarvan zal men enkele doelstellingen moeten formuleren en moeten uitzoeken hoe men met die bepaalde groep het beste kan werken om de geformuleerde doelstellingen te bereiken. Een methodiek kan daarbij een leidraad zijn, een houvast waaraan men zijn ervaringen en werkwijze kan toetsen. In de praktijk zal ieder zijn eigen werkwijze moeten ontwikkelen en kennis van en ervaring met bepaalde basismethodieken kan daarbij behulpzaam zijn. Belangrijk blijft dat men de relativiteit van deze of gene methodiek inziet, en van die eenzijdigheid gebruik kan maken, wanneer de ontwikkeling van een groep daarom vraagt. Men kan evenwel niet met iedere groep en bij elk probleem op dezelfde wijze te werk gaan. Bij sommige cliënten komt men bijvoorbeeld met de Rogeriaanse methode geen stap verder, omdat er een meer directieve en agressieve feedback nodig is om vorderingen te forceren. Bij andere cliënten kan de Gestalt-therapie een hoge graad van weerstand oproepen, zodat men beter volgens de Rogeriaanse methode kan werken. Bij de werkwijze moet men met de volgende zaken rekening houden: de maatschappelijke positie van de cliënt, de aard van de problematiek, de intensiteit daarvan, de oorzaken van de problematiek, de plaats die het probleem inneemt in de totale persoonlijkheid van de cliënt en de mogelijkheid van verschillende oplossingen.

Ik stel dus dat er bij voorkeur moet worden afgezien van de ontwikkeling van één bepaalde methodiek; onder methodiek versta ik een systematische werkwijze, waarin het groepsproces volgens een omschreven patroon verloopt en waarbij technieken in een bepaald omschreven verband worden aangewend. Ten aanzien van technieken is mijn standpunt dat deze op zich waarde vrij zijn, maar in hun toepassing nooit, omdat technieken nooit in een waarde vrije context worden gehanteerd. Onder technieken versta ik groepsdynamische middelen om iets te bereiken, met andere woorden het overdacht gebruik maken van groepsdynamische processen. Voorbeelden van methoden zijn de encounter-methode van Rogers, de Gestalt-therapie, de gedragstherapie en het maatschappelijk groepswork. Voorbeelden van technieken zijn het rollenspel, non-verbale technieken, leiderschapsoefeningen en discussietechnieken, zoals het tweekolommengesprek, luster-oefeningen etc. De technieken krijgen pas een waarde, wanneer ze als middel worden gebruikt om bepaalde doelen te bereiken. Zoals gezegd is de beschikking over een ruim methodisch en

technisch instrumentarium gewenst. Dit bevordert een flexibele houding van de hulpverlener, zodat deze zich gemakkelijker ten dienste kan stellen om de groep de doelstellingen te laten bereiken die zij zich stelt.

Wanneer men nu met een groep hulpvragers start, formeert men die bij voorkeur rond dezelfde problematiek. In de aanloopfase zal men dan rekening moeten houden met relevante verschillen. Homogeniteit in de groep bevordert de mogelijkheden tot opheffing van individualiseringsprocessen en versterking van solidariteitsgevoelens. Afhankelijk van de aard en ernst van de problematiek kan het nodig zijn de homogeniteit niet primair in de aard van de problematiek te zoeken maar bijvoorbeeld bij de uitingsvorm van de problematiek. Heel duidelijk ligt dat bij drugsverslaafden en alcoholisten. Het gemeenschappelijke aspect ligt daar in de gezamenlijke strijd tegen de verslaving. We zien dit ook in zelfhulpgroepen (gehandicapten, tabakverslaafden, fobiegroepen etc.). Belangrijkste criterium bij de samenstelling van een groep is, dat de homogeniteit de therapeutische mogelijkheden van sociale processen bevordert. Bij (manisch-)depressieve mensen kan het bijvoorbeeld van het grootste belang zijn, dat men mensen bij elkaar zoekt die juist om verschillende redenen depressief zijn. Wanneer men mensen in een groep probeert te krijgen, die allen om dezelfde reden depressief zijn, zal dit de depressiviteit alleen bevorderen. Bij depressieve mensen is het vooral van belang om de subjectieve vicieuze cirkel te doorbreken waarin ze ronddraaien. Dat vereist een homogene samenstelling van de groep wat betreft de uitingsvorm van de groep (depressiviteit), maar een heterogene samenstelling wat betreft de redenen van de depressiviteit, óf een homogene samenstelling naar gemeenschappelijke oplossing van de problematiek, maar een heterogene samenstelling naar de uitingsvorm van de problematiek. Dit laatste is bijvoorbeeld mogelijk wanneer een groep mensen door eenzelfde situatie wordt bedreigd (bijvoorbeeld de sanering van een wijk), waarop de afzonderlijke mensen op verschillende wijze reageren (de een wordt passief, de ander kwaad, weer een ander depressief etc.). Wat betreft de therapeutische en politiserende mogelijkheden van de homogene samenstelling van een groep hulpvragers is omzichtigheid geboden.

Ondanks de aangegeven bezwaren tegen het ontwikkelen van een specifieke methodiek van politiserende hulpverlening, kan wel een basispatroon aangegeven worden, waarin bovengenoemde as-

pecten omgevormd worden tot een leidraad voor het werken met groepen hulpvragers. Met onderstaand patroon heb ik zelf diverse ervaringen opgedaan. De groepen die ik begeleidde waren verschillend van aard en qua ernst van de problematiek, de samenstelling van de groepen naar sociale klasse verschilde sterk en de oorzaken van en de potentiële oplossingen voor de problematiek lagen ver uiteen. In het werken met deze uiteenlopende groepen is me gebleken dat het onderstaande patroon een redelijke mogelijkheid biedt om te toetsen in hoeverre men vorderingen maakt met een groep en welke. Tegelijk is het ook een ideaalbeeld, waarvan de onderscheiden fasen in de praktijk gemakkelijk in elkaar overlopen. Het model vertoont verwantschap met de werkwijze van de Therapeutischer Club München (zie literatuurlijst), maar is toch gebaseerd op een heel andere opzet. Vanwege de gecompliceerdheid van dit onderscheid zal ik daar in dit verband niet op ingaan. Het model vertoont eveneens gelijkenissen met werkwijzen die reeds bestaan in de hulpverlening, maar is daar minimaal een uitbreiding van of een aanvulling op;⁸¹ tevens hebben gelijke onderdelen een andere betekenis, omdat ze in het licht van een ander doel staan. Het model wil ik hieronder verder uiteenzetten.

In de eerste bijeenkomsten probeert men zicht te krijgen op de aard en zwaarte van de problemen waarmee de groepsleden kampen en zal men moeten gaan faseren hoeveel bijeenkomsten globaal per fase nodig zullen zijn. Doet men dit niet, dan ontstaat te snel de neiging van de ene fase over te stappen naar de andere fase, óf men blijft met de groep steken in de eerste of tweede fase. Voor de motivatie van de groep is het van belang dat men met de groepsleden tot een reëel verwachtingspatroon kan komen: dit verwachtingspatroon wordt bereikt wanneer men in staat is aan te geven hoe lang de groep ongeveer zal werken (aantal bijeenkomsten) en hoe de verschillende groepsbijeenkomsten zullen worden ingevuld. De begeleider kan een voorstel hierover in de groep inbrengen en de groep de gelegenheid bieden bij te sturen en veranderingen aan te brengen. Het zeer schematische model dat ik hieronder uiteen zal zetten is vooral gericht op groepen die in staat zijn vrij taakgericht te werken. Het is geenzins van toepassing op groepen mensen, waarvan de problematiek zich psychisch zo sterk heeft verzelfstandigd, dat de leden nauwelijks of niet meer in staat zijn tot communicatie. Dan zal psychiatrische hulpverlening noodzakelijk zijn. In dit boek wil ik daarvoor geen alternatieven aanrei-

ken. Het hieronder gepresenteerde model is vooral bruikbaar in de ambulante geestelijke gezondheidszorg. Het model is een fasenmodel, waarbij de diverse fasen zich niet noodzakelijk in de hieronder gepresenteerde volgorde hoeven voor te doen (zie verderop).

De eerste fase. Dit is de *kennismakingsfase*, waarin de groepsleden kennis met elkaar maken en waarin wordt geprobeerd een sfeer van onderling vertrouwen te scheppen. Men peilt de verwachtingen van de groep en stelt op basis daarvan een werkplan op. Daarbij is van belang voor ogen te houden, dat de therapeut een groep niet kan motiveren om andere dingen te doen dan men verwacht (Cohen, 1975, p.141). Probeert hij dit toch dan ontstaat een voortdurende conflictsituatie met als gevolg dat de groep nauwelijks in staat zal zijn tot resultaten te komen. Wanneer de verwachtingen van de groep niet liggen in de lijn van acties — wat meestal het geval zal zijn, men verwacht immers meestal recept-oplossingen — dan is het belangrijk als begeleider van de groep de groepsleden daarvoor pas te motiveren in de loop van de bijeenkomsten. Inzicht in de noodzaak van actie is meestal een resultaat van de werkwijze van de hulpverlener. Het spreekt vanzelf dat er enige groepsbijeenkomsten plaats moeten hebben gehad, voordat de groep enigszins heeft kunnen kennismaken met de werkwijze van de begeleider. Het is daarom onmogelijk om de motivatie en verwachtingen van de groepsleden al in de eerste of tweede bijeenkomst anders te richten dan deze op dat moment zijn; pogingen daartoe zullen averechts werken.

De tweede fase. In deze *zelfervaringsfase* wordt ingegaan op de subjectieve beleving van de problematiek. Iedereen vertelt iets over zijn problematiek, vertelt hoe men er mee omgaat en waarom oplossingen achterwege gebleven zijn. Men zal als begeleider rekening moeten houden met de eventuele noodzaak van meerdere 'ronden'. In de eerste ronde vertelt men globaal wat het probleem is, in de tweede en volgende rondes wordt daarop dieper ingegaan en wordt gesproken over specifieke moeilijkheden die de groepsleden met het probleem hebben. Meerdere rondes zijn vaak nodig, omdat men in deze fase zijn intimiteit een zaak van de hele groep maakt: dit proces vereist wederzijds vertrouwen, dat zal moeten groeien, het is er nooit zonder meer. Een hulpmiddel om dit vertrouwen te stimuleren is de rondes te beginnen bij de personen, van wie men kan verwachten dat ze het gemakkelijkst over hun problemen praten. Zij kunnen daardoor de weg banen voor de

meer gereserveerde of verlegen groepsleden. Tevens zal er op gewezen moeten worden, dat het niet de bedoeling is nu al met een oplossing van de problemen bezig te zijn. Vaak bestaat deze verwachting en als de groepsleden niet gemotiveerd worden tot andere verwachtingen kunnen er snel frustraties optreden. Vooral in deze fase zal duidelijk worden in welke mate en op welke manier de groepsleden persoonlijk ten opzichte van elkaar zullen komen te staan. Naarmate de manier waarop men over zijn problemen praat persoonlijker is, zullen de groepsleden zich ook meer thuis voelen in de groep en een sterkere band met elkaar voelen. Dit impliceert geenszins een verheerlijking van de regel 'hoe persoonlijker, hoe beter'. Integendeel, want dit zou een diepte-benadering in de intra-psychische variabelen kunnen impliceren en de groep snel kunnen doen radicaliseren tot het standpunt dat de individuele verschillen groter zijn dan de gemeenschappelijke overeenkomsten. Het gevolg daarvan zou zijn dat men problemen gaat individualiseren en de groep een psychotherapeutische groep wordt.

De derde fase. Dit is de *analyseringsfase*, waarin men dieper ingaat op de problemen. Daarbij is het van belang een onderscheid te maken tussen de subjectieve en persoonsgebonden aspecten van het probleem en de gemeenschappelijke aspecten (oorzaken, achtergronden en mogelijke oplossingen). De hulpverlener kan de neiging hebben alleen de collectieve aspecten te benadrukken, maar hij zal ook de individuele aspecten naar voren moeten laten komen, omdat de cliënten verschillend kunnen reageren op dezelfde problematiek. Deze fase mag niet te lang duren, omdat anders, vooral bij de lagere bevolkingsgroepen, de motivatie snel kan afnemen. Het kan daarbij helpen in deze fase voor zulke groepen enige doe-activiteiten (bijvoorbeeld rollenspel) in te bouwen. Het doel van deze fase is, dat de cliënten in gaan zien hoe hun probleem is ontstaan, in welke maatschappelijke en situationele samenhang het zich voordoet en wat hun persoonlijk reactiepatroon daarop is.

De vierde fase is de oplossingsfase. Evenals de derde fase dient hier een onderscheid gemaakt te worden tussen individuele en structurele oplossingen. Wanneer in de derde fase enig inzicht is gegroeid in het probleem, kan in deze fase bekeken worden hoe men nu het beste kan werken aan oplossingen. Structurele aspecten van een problematiek vragen een lange-termijn-oplossing, die onder meer te bereiken is door deelname aan een bredere maat-

schappelijke belangengroepering (bijvoorbeeld actiegroepen voor betere woonvoorzieningen voor jongeren en alleenstaanden, voor betere nazorg in de psychiatrie, voor opheffing van werkloosheid, voor verandering van arbeidsomstandigheden, voor verandering van man-vrouw rolpatronen).

De individuele aspecten van de problematiek vragen een kortetermijn-oplossing. Deze is niet altijd te vinden (zoals het vinden van werk voor ex-patiënten en werklozen). Belangrijk is daarom met de groepsleden te bespreken hoe ze met de problemen denken om te gaan. Bij het ontbreken van woonvoorzieningen voor jongeren kan men de mensen stimuleren om samen te zoeken naar voorzieningen in de particuliere sector, men kan huizen kraken etc. Bij relatieproblemen kan men bespreken hoe men denkt te gaan werken aan de eigen relatie met anderen. Men kan daar bepaalde oefenaspecten in aanbrengen door 'huiswerk' mee te geven. Ex-psychiatrische patiënten kan men activeren door samen sollicitatiegesprekken te oefenen of door ze te laten werken aan het vinden van een doorgangstehuis. Bij het zoeken naar oplossingen spelen dus heel duidelijk twee aspecten: de individuele en de maatschappelijke aspecten. Het werken aan structurele aspecten vergt actie en organisatie om de oorzaken van problemen weg te nemen (preventie) of om structurele veranderingen waarin de problemen niet meer problematisch zijn (emancipatie) te bevorderen. Dit laatste is van belang in situaties waarin veranderende omstandigheden nieuwe problemen opwerpen waarvoor nog geen voorzieningen bestaan. Een simpel voorbeeld daarvan is het proces van mijnsluitingen. Het is dan zinloos om tegen de oorzaken van de werkloosheid te strijden (die daaruit voortvloeit) door heropening van de mijnen te eisen. De activiteiten zullen dan vooral gericht moeten zijn op het scheppen van nieuwe werkgelegenheid. Een ander voorbeeld wordt gevormd door de veranderende functies van het gezin en veranderingen in het man-vrouw rollenpatroon, die leiden tot echtparen- en gezinsproblematiek. De activiteit zal dan gericht moeten worden op het zoeken van nieuwe omgangsvormen die recht doen aan de emancipatie van de vrouw en aan de veranderende functies van het gezin. De individuele aspecten van de problemen krijgen in de oplossingsfase vooral gestalte in de vorm van veranderingen in de manier waarop de cliënt omgaat met de problematiek en de mogelijkheden die hij in zijn eigen leven kan creëren om ruimte te scheppen voor zijn eigen persoon en de pro-

blemen waarmee hij geconfronteerd wordt.

De vijfde fase. In deze fase, de *evaluatiefase*, gaat men nog eens na wat men gedaan heeft in de vorige bijeenkomsten en hoe men nu denkt te gaan werken aan de problemen (individueel en structureel). Het belang van de evaluatie is de groep te laten zien hoe men tot oplossingen is gekomen, zodat een bepaalde transfer kan ontstaan naar toekomstige probleemsituaties. Een belangrijk effect kan zijn dat men komt tot een beter 'self-problem-solving' gedrag. Bovendien kan de begeleider leren hoe hij met een volgende vergelijkbare groep beter kan werken.

De evaluatiefase hoeft geenszins een einde te betekenen van de groep. De groep kan besluiten als gezelligheids- of als praatgroep of als actiegroep door te gaan. Dit hangt af van de groep en van wat men reeds bereikt heeft. In principe houdt hier de taak van de hulpverlening op. Wil de groep nog verdere begeleiding dan kan die, afhankelijk van het doel dat de groep zich stelt, gegeven worden door de hulpverleningsinstelling zelf, of de groep kan 'overgedragen' worden aan een vormingscentrum of een belangengroepering. Voorkomen moet worden dat de hulpverlener eindelijk door blijft gaan met een groep. Daardoor ontstaat een grote afhankelijkheid van de groep ten opzichte van de begeleider en verengt de begeleider zijn bereik. Bovendien dient de (politiserende) hulpverlener er rekening mee te houden dat ook elders veel activiteiten ontplooid worden die de cliënten verder op weg kunnen helpen.

Ik wil nogmaals benadrukken dat deze methodische leidraad slechts een uitwerking is, waarin de drie genoemde aspecten (hulpverlening, bewustwording, sociale actie) gerealiseerd worden. Het is een ideaaltypisch model, dat in de praktijk zeker niet altijd in deze zuivere vorm gestalte zal krijgen. Het model kan dus slechts als leidraad dienen. Fase drie en vier bijvoorbeeld zullen in de praktijk gemakkelijk in elkaar overvloeien. Soms zal men toch een onderscheid in deze fasen aan moeten brengen, omdat men aandacht moet besteden aan de verwachtingen van de groepsleden en om te voorkomen dat men te vaag of in het wilde weg bezig is. Wanneer men werkt met minderheidsgroeperingen die gediscrimineerd worden, ligt het voor de hand dat fase drie en vier in elkaar overvloeien (bijvoorbeeld bij groepen homofielen), omdat de bewustwordingsfase direct samenhangt met de individuele oplossingsfase. Men zal dan als begeleider wel in de gaten moeten houden

met welke aspecten men op een bepaald moment bezig is. In de verschillende fasen kan op diverse manieren gewerkt worden met middelen en technieken. In dit verband zal ik daar geen aandacht aan besteden, omdat deze middelen en technieken in de praktijk reeds voldoende bekend zijn.

8.4. Over hulpverlening, vorming en sociale actie

In dit hoofdstuk over het groepswerk van de politiserende hulpverlening is gebleken, dat hulpverlening, vorming en sociale actie ingrediënten zijn van de politiserende hulpverlening. Dit roept onvermijdelijk de vraag op wat het onderscheid is tussen hulpverlening, vormingswerk en sociale actie. Met het stellen van deze vraag begeven we ons op glad ijs. De elementen hulpverlening, vorming en sociale actie hebben alles met elkaar te maken, maar in het welzijnswerk zijn de werksoorten hulpverlening, vormingswerk en sociale actie (onder meer in het opbouwwerk) sterk van elkaar gescheiden. Mijns inziens is deze scheiding vaak niet gerechtvaardigd en zou meer samenwerking de effectiviteit en de doelgerichtheid van het welzijnswerk aanzienlijk kunnen verhogen. Dit betekent niet dat er geen onderscheid bestaat tussen deze drie werksoorten. Ook de elementen hulpverlening, vorming en sociale actie nemen in de diverse werksoorten een heel andere vorm aan. De mensen met wie men werkt worden in de drie werksoorten op een heel verschillende manier benaderd en gemobiliseerd en er wordt heel anders met hen gewerkt. Mensen worden in het vormingswerk geactiveerd tot sociale actie door middel van bewustwording (vergelijk Negt, 1972); dat is heel anders dan bij het buurtwerk, het opbouwwerk en actiegroepen, die mensen organiseren op concrete belangen (vergelijk Alinsky, 1974; Reckman, 1975; Beck, 1975). In de politiserende hulpverlening worden mensen geactiveerd om zich te organiseren op basis van de tekorten die ze in hun welzijn ervaren en waarvan ze zelf het slachtoffer zijn geworden. Toch wordt in elk van de drie werksoorten aan sociale actie gedaan. De strategie daartoe is echter geheel verschillend en ook neemt de sociale actie een andere plaats in in het proces waarin met de mensen wordt gewerkt: het begin van de sociale actie in de politiserende hulpverlening markeert het einde van de hulpverlening, terwijl dat voor actiegroepen of het op-

bouwwerk meestal het begin van de samenwerking met mensen betekent.

Wat het bewustwordingsaspect betreft geldt hetzelfde. In de sociale actie is bewustwording een bijkomend gevolg van de actie, terwijl in het vormingswerk bewustwording het doel is waaraan men werkt en waarop men cursisten, kaderleden en belangstellenden werft. Sociale actie kan daar een gevolg van zijn, maar meestal wordt dit niet als expliciet doel gesteld (het doel is eerder dat men zich gaat organiseren). In de politiserende hulpverlening is de bewustwording een middel om de cliënt meer begrip te laten krijgen van zijn eigen situatie en de plaats van het probleem daarin, zodat hij gemakkelijker tot een oplossing kan komen van het probleem en tevens leert hoe hij zijn omgeving zodanig kan beïnvloeden dat die meer ruimte biedt voor zijn behoeften en verlangens.

Bovengenoemde verschillen maken duidelijk dat niet alles op één hoop gegooid kan worden en dat de verschillende werksoorten niet met elkaar geïntegreerd kunnen worden. Dat impliceert gezins dat ze langs elkaar heen moeten werken. Integendeel, het vormingswerk, de hulpverlening, het buurtwerk, het opbouwwerk, vakbonden, actiegroepen en belangenorganisaties zouden juist meer met elkaar moeten samenwerken: hun gemeenschappelijke doel is immers de bevordering van het welzijn van de mensen, en daar zijn ze allemaal op hun specifieke wijze mee bezig. Die specifieke werkwijze vereist verschillende strategieën, methoden en technieken. Ik zal dit hieronder nog eens nader uitwerken aan de hand van het onderscheid tussen vormingswerk en politiserende hulpverlening.

We hebben in dit hoofdstuk gezien dat in het hulpverleningsproces vormingsaspecten een belangrijke rol spelen, met name in de analyseringsfase, waarin de maatschappelijke aspecten van de problematiek worden bekeken. Dit analyseproces vormt een integraal onderdeel van de politiserende hulpverlening. Toch zal dit op een andere manier gebeuren dan de analyse van maatschappelijke processen, zoals die in het vormingswerk plaats vindt. De manier waarop mensen in aanraking komen met het vormingswerk en de plaats waar (bijvoorbeeld school of vakbond), bepaalt voor een belangrijk gedeelte de methode. Zo bestaan er binnen het vormingswerk verschillende methoden die op verschillende plaatsen ontwikkeld zijn, zoals de methode van Freire (1973) die vooral bedoeld is voor het wijkgerichte werken en voor vormingswerk

met analfabeten, de methoden van Giesecke (1972) en Schmie-derer (1972) die vooral op het onderwijs zijn gericht, de methode van Negt (1972) die gericht is op het vormingswerk in vakbonden en de toespitsing van deze laatste methode op het vormingswerk met werkende jongeren (Donkers en Vaarwerk, 1977). De methode van werken blijkt dus sterk samen te hangen met de titel waarop men mensen aanspreekt, met andere woorden met de hoedanigheid van de mensen waarin zij worden benaderd (als scholieren, cursisten, vakbondsleden, analfabeten, werklozen of cliënten). Daarom krijgen de vormingsaspecten in de politiserende hulpverlening een andere vorm dan in het vormingswerk.

Om dit laatste wat duidelijker te maken wil ik een aantal punten van onderscheid aangeven tussen de politiserende hulpverlening en de vormingsmethode die het dichtst bij haar staat. Dat is mijns inziens de exemplarische methode van Negt, omdat die sterk gericht is op de subjectieve Ausgangssituatie van het vakbondslid. De belangrijkste verschillpunten zijn:

— De uitgangspunten en de doelen van de cliënt en het vakbondslid. Bij de politiserende hulpverlening vormen de problemen van de cliënt de Ausgangssituatie en de doelen van de cliënten liggen in de (individuele) oplossing van die problemen. Bij cursisten in het vormingswerk en bij vakbondsleden vormt de arbeidssituatie van die mensen het uitgangspunt en liggen hun doelen vooral in het voldoen aan hun behoefte aan vorming en scholing en soms aan de behoefte aan sociale contacten.

— Het doel van de vormingswerker is bewustwording en bij Negt vooral de opvoeding tot klassebewustzijn (vergelijk ook Deppe-Wolfinger, 1972, p.149-208). De politiserende hulpverlener streeft naar de individuele oplossing van het probleem, de collectivering van ervaringen, de bewustwording van maatschappelijke en situationele achtergronden van de problematiek en de structurele oplossing van de problematiek.

— Wat de werkvorm betreft, de politiserende hulpverlener moet vaak (zeker in het begin) werken met een individuele werkvorm, waarin de relationele aspecten een belangrijke rol spelen. Pas later kan de werkvorm dezelfde worden als die van de vormingswerker, namelijk groepswork.

— Bij de politiserende hulpverlening zijn emotionele, materiële en cognitieve aspecten belangrijke invalshoeken voor het werk. In het vormingswerk is vooral het cognitieve niveau van belang. Negt

wil bovendien aandacht schenken aan psychoanalytische aspecten.

— Wat de werkwijze betreft: bij Negt zijn de individuele (subjectieve) ervaringen middel, terwijl ze bij de politiserende hulpverlening doel én middel zijn. Bij de methode van Negt worden de subjectieve ervaringen als een (exemplarisch) voorbeeld gebruikt om inzichten te verschaffen in maatschappelijke structuren. De politiserende hulpverlener probeert de individuele problemen (een onderdeel van de subjectieve ervaringen) door collectivering en analysering maatschappelijk inzichtelijk te maken en van daaruit te zoeken naar maatschappelijke (structurele) oplossingen.

— Negt benadrukt voornamelijk de subjectieve ervaringen in de werksituatie. Voor de politiserende hulpverlening zijn ervaringen op allerlei terreinen belangrijk, maar vooral die in de reproductiesector, omdat problemen zich meestal daar uiten (ook al worden ze bijvoorbeeld veroorzaakt door de werksituatie).

— Ten aanzien van de middelen en technieken voor het werk is er een grote mate van overeenstemming. De politiserende hulpverlener zal echter een ruimer instrumentarium moeten hebben, waarin ook psycho- en sociotherapeutische vaardigheden een plaats hebben.

— De doelgroep kan sterk verschillen. Negt richt zich op arbeiders die in de vakbond georganiseerd zijn, terwijl het vormingswerk voor vrijwilligers deze beperking niet kent. De politiserende hulpverlening richt zich op allerlei groepen, waarbij het criterium de probleemsituatie is.

We hebben nu gezien dat er duidelijke verschillen bestaan tussen de diverse werksoorten in het welzijnswerk. Ik heb al betoogd dat de hulpverlener zich niet met alle aspecten van het welzijnswerk bezig kan houden, maar dat hij wel cliënten kan verwijzen naar de instanties en organisaties die op het betreffende gebied actief zijn. De maatschappelijke arbeidsdeling en de daarmee samenhangende subsidiëringen zullen vaak nopen tot het overdragen van (ex-)cliënten van de ene institutie binnen het welzijnswerk naar de andere. Deze voor de cliënten en werkers soms vervreemdende arbeidsdeling moet echter niet als een gegeven geaccepteerd worden. Bepaalde aspecten zullen verenigd moeten worden. Sommige scheidslijnen die nu in het welzijnswerk worden aangebracht zijn erg discutabel. Dit betekent niet dat het vormingswerk en de hulpverlening niet als aparte instituties kunnen bestaan, maar wel dat men niet kan stellen dat vorming, hulpverlening en sociale

actie niets met elkaar te maken hebben. Sociale actie kan duidelijke vormende en hulpverlenende aspecten hebben. Zelfs kan het zijn dat sociale actie een grotere therapeutische waarde heeft dan een lange psychotherapie. Dat pleit voor een herbezinning op deze onderscheiden aspecten. Wanneer is men bijvoorbeeld met een groep huisvrouwen, die vanwege allerlei vage klachten en voortdurend valiumgebruik door huisartsen zijn doorverwezen, bezig met hulpverlening en wanneer met vorming? Wanneer behoort strijd voor emancipatie tot de (preventieve) hulpverlening en wanneer tot vorming of tot maatschappelijke zelforganisatie? Wanneer is het werken aan individuele klachten van werklozen hulpverlening en wanneer heet het vormingswerk?

De vraag die ik daarom wil stellen is of hier überhaupt scherpe grenzen getrokken moeten worden conform de huidige arbeidsdeling en of de voortschrijdende arbeidsdeling in het welzijnswerk wenselijk is. Moet niet veel eerder een sterkere integratie worden nagestreefd? In hoeverre is verdere specialisering en opdeling te rijmen met beleidsaspecten als integrale hulpverlening, deprofessionalisering, interdisciplinaire samenwerking en decentralisering? Aan deze aspecten kunnen we in dit boek helaas niet toekomen. Het is de taak van wetenschappelijk onderzoek om de verschillende werksoorten en de gemeenschappelijke en overlappende aspecten in het welzijnswerk te onderscheiden volgens nader aan te leggen criteria. Interdisciplinaire samenwerking moet mijns inziens in dergelijk onderzoek een belangrijke rol spelen.

9. DE INDIVIDUELE HULPVERLENING

DE individuele hulpverlening is het onderdeel waar ik in dit boek het minst aandacht aan besteed. Enerzijds heb ik er zelf te weinig ervaring mee en vind ik dat anderen er met meer recht over kunnen spreken. Anderzijds heb ik de indruk dat de individuele hulpverlening en de kenmerken ervan nog te weinig doorzocht zijn binnen de politiserende hulpverlening. Desalniettemin heb ik uit eigen ervaringen en die van anderen (onder meer stagiaires die ik begeleid) de indruk dat er enige verschillen zijn wat betreft de manier van individuele hulpverlening tussen de politiserende hulpverlening en andere benaderingen in de hulpverlening. Ik wil een paar kenmerken van de individuele hulpverlening in de politiserende hulpverlening noemen. Ook hier geldt dat het meer om principes gaat dan om een bepaalde methode. Er bestaat juist een sterke weerstand tegen methodisch handelen in de hulpverlening, men streeft een zo 'natuurlijk' mogelijk gesprek na. Daar-entegen oefent men zich wel in een aantal basisvaardigheden, zoals empathisch vermogen, leren luisteren, duidelijk reageren etc. Enkele kenmerken zijn de volgende:

— Een inhoudelijk kenmerk is dat de politiserende hulpverlener veel aandacht schenkt aan de maatschappelijke en situationele factoren die van invloed zijn op het problematische gedrag van de hulpvrager. De individuele problemen van de cliënt worden in dit perspectief beoordeeld. Er bestaat met andere woorden een grote tolerantie ten aanzien van de cliënt. Zijn of haar problematisch gedrag wordt in eerste instantie vertaald als een reactie op een omgeving die de subjectieve persoonlijkheid van de cliënt niet tot haar recht laat komen.

— Relationeel brengt dit met zich mee dat de hulpverlener kiest voor de hulpvrager. De hulpverlener verklaart zich solidair met de

hulpvrager en probeert de wensen van de hulpvrager gestalte te geven. De problemen van de hulpvrager worden (zolang het tegendeel niet blijkt) opgevat en benaderd als een gerechtvaardigde reactie van de hulpvrager op een probleemverwekkende omgeving. De hulpverlener staat op het standpunt van de hulpvrager, probeert zich in zijn of haar positie in te leven en probeert de mogelijkheden en kennis van de hulpverlening in dienst te stellen van de doelen waarnaar de hulpvrager streeft. De hulpverlener stelt zich gelijkwaardig op ten opzichte van de hulpvrager.

— De doelen van de individuele hulpverlening zijn meervoudig. Allereerst wordt geprobeerd te bereiken wat het meest wenselijk is voor de hulpvrager. Voorts wordt geprobeerd de cliënt inzicht te geven in zijn probleemsituatie en te onderzoeken hoe hij daar zelf op reageert en hoe hij verandering kan aanbrengen in zijn situatie en zijn eigen reactie daarop. Geprobeerd wordt de cliënt te stimuleren om zoveel mogelijk zijn problemen zelf op te lossen, om zo een transfer te bevorderen naar nieuwe probleemsituaties en de cliënt meer zelfstandigheid bij te brengen. De hulpverlener fungeert vooral als informant en ondersteuner bij het werken naar een oplossing voor de problemen van de hulpvrager.

Met betrekking tot de individuele hulpverlening kan dus gesteld worden, dat de hulpverlener zijn kennis en vaardigheden ter beschikking stelt van de hulpvrager om deze te stimuleren tot eigen oplossend gedrag. Het doel van de hulpverlening is vooral te bevorderen dat voor de hulpvrager duidelijk wordt wat hij of zij wil. Wanneer blijkt dat het doel van de hulpvrager in conflict komt met hetgeen de hulpverlener als wenselijk ziet ter oplossing van de probleemsituatie dan wordt dit met de cliënt doorgepraat. Daarin krijgt de gelijkwaardigheid van de hulpvrager aan de hulpverlener gestalte. Wanneer in het gesprek over de uiteenlopende visie met betrekking tot de oplossing van een probleemsituatie geen overeenstemming wordt bereikt, verbreken de hulpvrager en de hulpverlener normaliter het contact, tenzij er binnen de instelling een hulpverlener is, die aan de oplossing van de hulpvrager wel wil meewerken. Dat is globaal de ethiek van de individuele hulpverlening binnen de J.A.C.'s.

Burki ea. (1977, p.11 ev.) formuleren de volgende tien doelen waarnaar in de individuele (politiserende) hulpverlening gestreefd moet worden:

— 'doorbreking van het idee dat bepaalde (psychische) problemen

individuele aangelegenheden zijn;

- inzien dat de omstandigheden waaronder je als hulpvrager leeft op zijn minst invloed hebben op de problematiek;
- bepaalde voorzieningen niet meer beschouwen als gunst, maar als een recht dat men kan opeisen;
- een minder afhankelijke opstelling ontwikkelen ten aanzien van onderdrukkende normen, personen en instanties;
- minder zenuwachtig zijn bij contacten met officiële instanties, je als hulpvrager niet zo gauw laten afschepen;
- minder je zelf de schuld geven van het feit, dat je als hulpvrager op een bepaald moment hulp van anderen nodig hebt om uit de problemen te komen;
- initiatieven nemen, samen met andere personen die in dezelfde omstandigheden verkeren, om veranderingen te bewerkstelligen;
- meer op eigen vermogen en op dat van gelijk-gesitueerden vertrouwen bij het oplossen van problemen en niet blind vertrouwen op het oordeel van deskundigen of autoriteiten;
- proberen op een democratische en gelijkwaardige basis om te gaan met lotgenoten;
- de verschillende krachten die voor lotsverbetering vechten bundelen in een solidaire en collectieve groep.

De auteurs zeggen overigens niet in hoeverre deze tien doelen ook inderdaad gehaald moeten worden, wil men kunnen spreken van politiserende hulpverlening. De tien doelen bevatten namelijk ook een aantal doelen die voorkomen in andere hulpverleningsmethoden. In de Gestalttherapie komen het meer weerbaar maken van de cliënt, de reductie van angst voor autoriteiten en dergelijke ook voor als doelen. Verdere gedachtenvorming op dit gebied zal nodig zijn om een duidelijk onderscheid te krijgen met andere vormen van individuele hulpverlening.

NAWOORD

WE hebben gezien dat de politiserende hulpverlening wetenschappelijk wordt gelegitimeerd door onderzoeken over de samenhang tussen individuele problemen en maatschappelijke en situationele omstandigheden. Maatschappelijk wordt haar bestaan gelegitimeerd door de tegenstellingen binnen de maatschappij, die vooral voor de onderste bevolkingslagen tot een overdosis aan stress-factoren leiden en tot een oververtegenwoordiging van problemen en stoornissen in die bevolkingslagen. Binnen de traditionele hulpverlening bestaat bovendien een ongelijke behandeling, waarbij de bovenste bevolkingslagen worden geprivilegieerd.

De politiserende hulpverlening wil individuele problemen die het gevolg zijn van of sterk samenhangen met de omstandigheden waaronder de onderste bevolkingslagen leven niet individualiseren of medicineren. Ze probeert daarentegen deze problemen van cliënten te zien als tekorten in het welzijn van mensen en te vertalen in aanklachten tegen maatschappelijke mistoestanden en gebreken. De cliënten worden gestimuleerd tot een actieve rol in dit proces. Men wordt geleerd hun problemen binnen een maatschappelijk kader te plaatsen en zichzelf te organiseren tegen de maatschappelijke en situationele factoren die hun emancipatie belemmeren en die een oplossing van hun problemen verhinderen. Cliënten met eenzelfde soort problematiek worden gemotiveerd om in een groep hun als individueel ervaren problemen bespreekbaar te maken en tot een analyse te komen van de gemeenschappelijke factoren, zodat men zich daar actief tegen kan gaan verzetten. Daarnaast wordt gezocht naar individuele oplossingen voor of andere manieren van omgaan met de problematiek. Tevens wordt de ongelijkheid in de hulpverlening bestreden en wordt er gewerkt aan een actieve gerichtheid op de onderste bevolkingslagen en op

minderheidsgroeperingen.

Dit kunnen we zien als een nieuwe ontwikkeling in de hulpverlening. De sociale psychiatrie heeft weliswaar sociale en maatschappelijke factoren betrokken in de analyse (diagnose) van ziektepatronen, maar in haar therapeutische benadering heeft ze zich voornamelijk aanpassend opgesteld, dit wil zeggen zij bleef de cliënt zien als voorwerp van verandering. Wanneer maatschappelijke factoren als oorzaken worden gezien voor de problematiek van cliënten, mogen schuldvragen niet naar de preventieve sector verwezen worden, omdat ze daar helaas blijven liggen. Het nieuwe aspect van de politiserende hulpverlening ligt in de mobilisatie van cliënten, waardoor zij leren de maatschappelijke problemen, waarvan ze individueel het slachtoffer zijn geworden, als een politiek feit te zien en ze als zodanig openbaar te maken. Mensen worden aldus geleerd zich te verzetten tegen omstandigheden die hun geluk verhinderen (vergelijk Peters, 1973) en ze worden geactiveerd om zich in te spannen voor hun eigen emancipatie. Aspecten daarvan liggen in de stimulering van zelfhulp en zelf-organisatie.

Een boek is nooit af, het houdt alleen op een gegeven moment op. Dat betekent dat een aantal zaken niet of in onvoldoende mate aan bod zijn gekomen. Ten dele is dit te wijten aan het gebrek aan onderzoek en aan het gebrek aan ervaringen en reflectie daarop. Ik zal daarom een aantal punten aangeven die in de toekomst verder onderzocht zouden moeten worden.

Allereerst is er behoefte aan een inventarisatie van de verschillende methoden, die binnen de benadering van de politiserende hulpverlening worden gehanteerd. Ik heb in deel III gezegd dat er in principe geen specifieke methode van politiserende hulpverlening bestaat. Dat betekent dat er in de praktijk veel methoden van politiserende hulpverlening bestaan, die alle een uitwerking zijn van bepaalde basisprincipes die voortkomen uit een bepaalde visie op de hulpverlening. Bij zo'n inventarisatie moet dus ook gelet worden op de criteria van de politiserende hulpverlening, waarop de verschillende methoden beoordeeld kunnen worden. Therapeutische methoden als streetcorner-werk hoeven beslist niet tegenover de politiserende hulpverlening te staan, maar als vorm van werken hoeven ze er op zich beschouwd niets mee te maken te hebben. Dit betekent niet dat de politiserende hulpverlening alleen bestaat in de filosofie waarmee de hulpverlener werkt. Er zijn

immers ook hulpverleners die politiserend willen werken, maar daarin niet slagen. Een politiserende hulpverlening manifesteert zich in de dingen die in het hulpverleningsproces worden gedaan. Criteria zullen daarom vooral gericht moeten zijn op het hulpverleningsproces als geheel, bijvoorbeeld of maatschappelijke problemen al dan niet geïndividualiseerd worden. Dit impliceert dat we niet elk aspect in het hulpverleningsproces als afzonderlijk onderdeel aan zulke criteria kunnen toetsen. Het gaat juist om de beoordeling van de verschillende onderdelen in de hulpverlening in hun onderlinge samenhang. Soms is het nodig bij de individuele verwerking van maatschappelijke veranderingsprocessen stil te staan. Hoe ernstiger het probleem, hoe langer men aan deze aspecten aandacht zal moeten besteden. Dit hoeft niet in te houden, dat men individualiserend bezig is, ook al staat men stil bij de manier waarop de cliënt met een aantal dingen bezig is. Daaruit kunnen we concluderen dat de criteria van de politiserende hulpverlening gezocht moeten worden in het hulpverleningsproces en dat de deelaspecten daarvan in het licht gezien moeten worden van de hulpverlening in zijn totaliteit. We zullen dus moeten bekijken welke doelstellingen de hulpverlener aan het hulpverleningsproces stelt en daaraan moeten de criteria ontleend worden. Vervolgens moet onderzocht worden in hoeverre de hulpverlener slaagt in zijn opzet en in hoeverre de hulpverlener zijn doelstellingen weet te verwezenlijken. Belangrijk daarin is de fasering van de stappen die hij onderneemt om zijn doelstellingen te bereiken. Bekeken zal moeten worden of uit die fasering specifieke kenmerken gedestilleerd kunnen worden, want daardoor kunnen we meer inzicht krijgen in het karakteristieke van de manier van werken.

Een ander aspect dat nader onderzocht moet worden noemde ik reeds, namelijk het onderscheid tussen hulpverlening, vorming en sociale actie en de wederzijdse invloed van deze factoren op elkaar. Een probleem dat ik slechts terloops heb aangestipt is de relatie tussen hulpvrager en hulpverlener. Binnen de kritische stroming in de hulpverlening heerst de opvatting dat de hulpverlener zich op gelijk niveau moet bevinden met de hulpvrager. Hiermee wordt bedoeld dat de hulpverlener zich geen aanmatigende of autoritaire houding mag aanmeten. Hoewel ook ik opteer voor het standpunt dat de hulpverlener zich niet autoritair en betweterig mag opstellen (zoals in het stereotype beeld van de medische psychiater), vind ik niet dat de hulpverlener een positie inneemt die gelijkwaardig is

aan die van de hulpvrager. Deze houding is te idealistisch, maar ook huichelachtig. De hulpverlener als mens kan en mag zich niet meer verwaardigen dan de hulpvrager, maar als hulpverlener bevindt hij zich beroepshalve in een andere positie dan de hulpvrager. De hulpvrager mag inderdaad vertrouwen op de deskundigheid van de hulpverlener en daar stellig ook eisen aan stellen. Door de maatschappelijke arbeidsdeling is de ene mens afhankelijk van de andere en mag hij van de ander de vereiste beroepsmatige deskundigheid verwachten. Deskundige hulpverlening is een recht van de hulpvrager waarvoor hij (via de belasting of het ziekenfonds) betaalt, evenals dit het geval is in de lichamelijke gezondheidszorg (vergelijk Ripke, 1970). De deskundigheid van de hulpverlener impliceert niet dat hij zich als mens in een hogere positie bevindt.

Onderzocht zou dan ook moeten worden welke consequenties deze maatschappelijke arbeidsdeling heeft voor de manier van hulpverlening. Wanneer men de huidige discussies in de hulpverlening aanhoort, blijkt dat belangrijke punten van discussie betrekking hebben op de nadelige effecten van deskundigheid. Sommigen roepen om deprofessionalisering, anderen oefenen zich in authentiek gedrag ten opzichte van hulpvragers. Het hulpverleningsgedrag verliest door de deskundigheid blijkbaar het levensechte en menselijke karakter. Uit onderzoek blijkt dat deze variabelen belangrijk zijn voor het welslagen van de hulpverlening. De vraag is echter of we de oplossing voor de nadelen van deskundigheid moeten zoeken in compensatie door middel van oefeningen in authentiek gedrag. Als we in dit verband de maatschappelijke ontwikkelingen bezien, valt op dat er steeds meer vrijwilligersorganisaties ontstaan en dat zelfhulpgroepen als paddestoelen uit de grond oprijzen. Er is sprake van groeiende zelfhulp en lekenzorg. Het is de vraag of we als hulpverleners er goed aan doen om hard achter deze ontwikkelingen aan te hollen. Het gevaar is reëel dat zelfhulpgroepen dan overspoeld worden door professionele hulpverleners en daardoor aan kracht inboeten. Dat gevaar is momenteel aanwezig in de vrouwenbeweging. Ik bedoel hiermee niet dat deskundigheid nutteloos is. Integendeel, ik ben van mening dat die noodzakelijk is. De vraag is dan ook de volgende: wat doen we met die deskundigheid? Naar mijn mening moet de deskundigheid onder meer ter beschikking worden gesteld van de zelfhulpgroepen en de vrijwilligershulp. De hulpverlening moet de deskundigheid dichterbij de mensen brengen en laten zien dat ze er is, zodat de mensen er

gebruik van kunnen maken. Misschien moet het streven zijn de zelfhulp en lekenzorg te stimuleren; de hulpverlening met haar kennis en deskundigheid moet misschien de functie vervullen van een vraagbaak, een soort adviezen-winkel in wijken en buurten. Vanuit die positie kunnen hulpverleners noden signaleren, probleemverwekkende of problematische omstandigheden lokaliseren en therapie ter beschikking stellen, wanneer voor sommige mensen de lekenzorg te kort schiet. Dit zijn echter nog droombeelden en idealen voor de toekomst. De realiteit is anders. Maar als we praten over deprofessionalisering en decentralisering van de geestelijke gezondheidszorg en pleiten voor integrale hulpverlening zullen we dat moeten relateren aan zelfhulp en vrijwilligerszorg en zullen we wel aan deze ideaalbeelden moeten denken. Hoe zij in de toekomst gestalte zullen krijgen is het probleem dat ons vandaag en morgen bezig zal moeten houden.

Bijlage: INTERVENTIESCHEMA voor de tertiaire preventie

<i>interventie-objekt</i>	<i>werkdoelen</i>	<i>doelgroepen</i>	<i>middelen en strategieën</i>	<i>samenwerkingsverbanden</i>
<i>somatisch</i>	bevorderen dat lichamelijke stoornissen zich niet versterken	patiënten	regelmatige medische controle (bv. EEG-onderzoek), evt. toediening van psychofarmaca, hersenchirurgie etc.	medische psychiaters huisartsen
<i>intra-psychisch</i>	voorbereiding op herintegratie in oude of nieuwe sociale omgeving; persoonlijke begeleiding bij herintegratie	(ex-)patiënten	begeleiding (nazorg) therapeutische en vormende activiteiten training in sociale vaardigheden	cliënten, hulpverlenende instituties, vormingswerkers, sociale omgeving van cliënt
<i>inter-psychisch</i>	betrekking van sociale omgeving in de behandeling; voorlichting van sociale omgeving omtrent opvang ex-patiënt; behandeling van ongezonde sociale omgeving	gezin, patiënt, school, significante figuren in sociale omgeving van cliënt	consultatie voorlichting gezinstherapie	leerkrachten bedrijfsfunctionarissen gezin, buurt, buurtwerkers, gezinsverpleging
<i>extra-psychisch</i>	bevorderen dat ex-patiënten weer worden opgenomen in actief maatschappelijk leven (arbeid); strijd tegen ziekmakende maatschappelijke structuren	werkgevers overheid wetgeving	acties voor afschaffing van bewijs van goed gedrag en tegen het betrekken van het psychiatrisch verleden bij sollicitatieprocedures in opleidingen en bedrijven; voorlichting en onderzoek; vergemakkelijken van huisvestingsmogelijkheden	politieke partijen, buitenparlementaire actiegroepen, vakbonden, Cliëntenbond, persorganen, groepen ex-patiënten, woningbouwverenigingen
<i>ideologisch</i>	bestrijding van stigmatisering; mentaliteitsverandering ten opzichte van psychisch afwijkend gedrag	bevolking; ideologie-uitdragende instanties (kerk, politieke partijen, wetenschap etc.)	toneel, voorlichting, publiciteit als middel voor ideologische strijd; beïnvloeding programma's politieke partijen; anti-publiciteit tegen stigmatiserende ideologieën	culturele groepen en organisaties; kerk; politieke partijen; pers; Cliëntenbond; Gekkenkrant; groepen ex-patiënten
<i>hulpverlening als institutie / organisatie</i>	bestrijding van hospitaliseringsverschijnselen; reïntegratie van cliënt bevorderen in maatschappelijk leven; integratie van nazorg in de curatieve hulpverlening; wijkgerichte opzet van de hulpverlening; afschaffing van de ongelijkheid in hulpverlening	CRM NCVG NVAGG hulpverleningsinstellingen	opzetten van dehospitalisatieprojecten; acties voor het integreren van de nazorg in de curatieve sector; bevordering van een integrale, wijkgerichte hulpverlening; acties tegen de ongelijkheid in de hulpverlening; formering van groepen ex-patiënten die uit de boot vallen	hulpverleningsinstellingen en -organisaties; buurtwerkers en wijkinstellingen; groepen ex-patiënten; Gekkenkrant, Cliëntenbond

NOTEN

1. De theorie van de psychische Verelending is binnen de marxistische theorie het door sommigen gepropageerde alternatief voor de theorie van de materiële Verelending, welke theorie door de meeste marxistische auteurs als historisch achterhaald wordt beschouwd. De theorie van de materiële Verelending werd door sommigen in absolute zin opgevat en omvatte de stelling, dat de massa der loonarbeiders in absolute zin zou verpauperen tot een niveau, dat beneden het bestaansminimum zou liggen. Deze absolute materiële Verelending is historisch inderdaad achterhaald. Anderen legden de theorie van de materiële Verelending uit in de betekenis die ook Marx er aan gaf, nl. in de relatieve zin. In deze opvatting betekent de relatieve materiële Verelending dat de kloof tussen arm en rijk (kapitalisten en loonarbeiders) steeds groter wordt en tevens dat een steeds groter deel van de bevolking loonafhankelijk wordt. Hofmann (1972) die deze verschillende opvattingen met elkaar vergelijkt, schrijft hierover:

'In de tendens tot Verelending laat het (maatschappelijk - BdT) systeem wel het meest treffend de door Marx eraan toegeschreven tegenstelling zien tussen de menselijke mogelijkheden, die door de ontplooiing van de produktiekrachten worden vrijgemaakt en de maatschappelijke vormen van de aanwending ervan, welke de massa van de producenten juist uitsluit van deze mogelijkheden' (p.29). Vervolgens schrijft Hofmann (1972, p.30): 'Vanuit historisch standpunt beschouwd betekent "Verelending" in de eerste plaats, dat de proletarische levensvoorwaarden, namelijk de onderwerping van de arbeiders aan de verhouding en de wisselvalligheden van de meerwaardevorming, tot levensvoorwaarden voor een voortdurend groeiend deel van het volk worden en uiteindelijk het algemene lot van de massa wordt.'

Schneider (1973) vat de relatieve materiële Verelending als volgt samen: 'Het begrip "Verelending" betekent, dat het arbeidsloon, en daarmee de levensstandaard van de arbeidersklasse, niet absoluut daalt, maar slechts relatief ten opzichte van de kapitaalswinsten' (p.316).

Roth (1975) probeert de actualiteit van de theorie van de relatieve materiële Verelending voortdurend te onderstrepen. Hij komt tot de slotsom dat 25 procent van de Duitse gezinnen onder het maatschappelijke bestaansminimum leeft (p.11 en 77). Terwijl in 1960 1,7 procent van de huishoudens in West-Duitsland over 70,2 procent van het produktievermogen beschikte, was dit in 1966 al uitgegroeid tot 73,9 procent; 1,8 procent, dat wil zeggen ongeveer 400.000 huishoudens, bezit 90 procent van het aandelenkapitaal, 12.000 huishoudens beschikken over een jaarlijks inkomen van meer dan één miljoen Mark. Dit staat in schrille tegenstelling tot de vijf miljoen huishoudens die per jaar met minder dan 6.000 Mark moeten leven (Roth, 1975, p. 83 ev.).

2. Geciteerd op p.7 naar informatie uit *Soz. Psych. Inf.*, 4, 1971, p.3. Het aantal alcoholisten dat hier wordt genoemd lijkt minimaal overdreven. In een recent onderzoek van twee Westduitse artsen blijkt dat het alcoholverbruik in de Bondsrepubliek weliswaar verdrievoudigd is in de laatste twintig jaar, maar het aantal alcohol-verstaafden zou op 600.000 liggen (Het Parool, 17 februari 1977, p.1).

Zoals we dadelijk zullen zien laat ook Roth zich voorzichtiger uit.

In Nederland zou het aantal alcoholisten ruim een kwart miljoen bedragen en het aantal zware drinkers ruim een half miljoen (Trimbos, 1977, in een lezing op het Nederlands congres voor openbare gezondheidsregeling te Utrecht).

3. Zie noot 2. Ook dit getal lijkt ongenueanceerd weergegeven: zie p.17 bovenaan.

4. Kolko, G., *Besitz und Macht - Sozialstruktur und Einkommensverteilung in den USA*, Frankfurt am Main, 1967, p.115 en 134, geciteerd in Hollstein 1973, p.23.

5. Gräser, H., *Gibt es Armut in der Bundesrepublik?* In: *Marxistische Blätter*, 5, 1970 geciteerd in Hollstein, 1973, p. 23-24.

6. Roth, J., *Armut in der Bundesrepublik*, Darmstadt, 1971, p. 41 en 67. Geciteerd in Hollstein, 1973, p. 24.

7. Groot, M.J.W. de, *De "geestelijke verzieking" van het Nederlandse volk. Slogan of realiteit?* *Medisch Contact*, 1971, 26, p. 815-822. Geciteerd in Drop, 1972, p.2.

8. Rondom deze hele kwestie draait de discussie over labeling (stigmatisering), die ontwikkeld is door sociologen zoals Lemert, Becker, Goffman, en Scheff. In deze zgn. etiketteringstheorie wordt belicht op welke manier veel mensen psychiatrisch ziek worden door het stempel dat omgeving en psychiatrie, inclusief justitie, op hen drukken door bepaald gedrag te benoemen als afwijkend, ziek of abnormaal.

Zie voor een korte samenvatting van deze sociologische stroming in de psychiatrie: Trimbos, 1975, p.26 ev. Vergelijk ook Basaglia e.a., 1975.

9. Vergelijk Moeller, 1972, p.92 ev.

10. Drop, t.a.p., spreekt over 'law of distance', en stelt, andere onderzoekers aanhaalend (Dunham, Ødegaard en Kramer), dat 'opnamecijfers tegengesteld variëren aan de afstand van de inrichting' en dat 'opnamecijfers een duidelijke samenhang vertonen met capaciteit en aanwezigheid van psychiatrische inrichtingen' (p.7). Uit eigen onderzoek trekt ze de conclusie: 'de psychiatrische opnamecijfers vertonen ook een significante samenhang met de afstand van de psychiatrische inrichting ($r = -.28$)' (p.8). Ook Pflanz schreef dit al in 1962 (M. Pflanz, *Sozialer Wandel und Krankheit*, Stuttgart, Enke Verlag, 1962). Hij wordt geciteerd door Moeller (1972, p.99), die schrijft: 'De sociologie van de geneeskunde heeft aangetoond, dat het aantal zieken afhangt van de omvang van de institutionele ziekenverzorging'.

11. Wat dit betreft is een belangrijke factor het ziektegedrag, dat wil zeggen het gedrag dat een cliënt vertoont, wanneer hij een ziekte of storing heeft. Vaak vermijden cliënten het contact met een arts. Moeller citeert uit een studie van Baker, dat uit een onderzoek bleek dat 70 procent van de studenten die zich in een psychische situatie bevonden waarin ze therapeutische hulp nodig hadden, het contact met een psychotherapeut meden.

Moeller (1972, p.92) naar Baker, B.W., *Incidence of Psychological disturbances in college students*, J. Coll. Health, 13, 1965.

12. Böker, K., *Entwicklung und Ursachen des Krankenstandes der Westdeut-*

schen Arbeiter. In: *Das Argument*, 1971, 69. Geciteerd in *Hollstein*, 1973, p. 25.

13. Zo bleek, dat 42,8 procent van de mannen en 47,7 procent van de vrouwen direct naar de huisarts moesten worden verwezen en 19,5 procent van de mannen en 21,1 procent van de vrouwen naar de specialist. Respectievelijk 1,6 procent en 1,3 procent moesten opgenomen worden in het ziekenhuis, terwijl 20,8 procent en 17,9 procent een kuur moesten volgen (*Hollstein*, 1973, p. 25).

14. In: *Werkgroep Welzijnszorg van de Bond van Wetenschappelijke Arbeiders*, 1974, p. 24. Cijfers zijn ontleend aan: *Zwartboek Gezondheidszorg*. Komitee Kritische Toogdag, Rotterdam, 1973, p. 3-10.

15. Instituut voor politiek en sociaal onderzoek, 1974, p. 16, en *Aktiegroep Medicijnen*, 1973, p. 216.

16. Giel, R. en C. de Nobel, 'Psychische stoornissen in een Nederlands dorp', in: *Ned. T. Geneeskunde*, jrg. 115, 1971, 22, p. 949-954.

17. Een te romantische kijk op de acceptatie van de dorpsgek komt men nog te vaak tegen. Evenwel is professionele hulp — mits deze goed geschiedt — verre te prefereren boven de sterk stigmatiserende 'acceptatie' door de dorpsbevolking. De dorpsgek werd maar al te vaak geaccepteerd als gek en als object van leedvermaak en werd bij iedere confrontatie met de dorpelings in zijn rol bevestigd, waardoor het hem meestal onmogelijk werd gemaakt uit zijn rol te komen.

18. We volgen hier de definities van *Gleiss e.a.*, 1973, p. 39.

19. Geciteerd in *Strotzka*, 1972, p. 101.

20. Leighton, A., 'My name is Legion. Foundation for a theory of man in relation to culture'. New York, Stirling County Study, 1959. Geciteerd in *Wolff en Hartung*, 1972, p. 26 ev., en in *Gleiss e.a.*, 1973, p. 44.

21. Zie noot 16.

22. Clark, R.E., 'The relationship of schizophrenia to occupational income and occupational prestige', in: *Amer. Sociol. Rev.*, 1948, 13, 325-330. In *Gleiss e.a.*, 1973, p. 48.

23. Hollingshead, A. en F. Redlich, 'Social class and mental illness'. New York, 1958. O.a. geciteerd in *Wolff en Hartung*, 1972, p. 26 ev., en in *Gleiss e.a.*, 1973, p. 40 ev.

24. Sociale laag (of klasselaag of socio-economische status) wordt bepaald door beroepspositie, opleidingsniveau, woongebied en inkomenshoogte. In verschillende studies wordt verschillende waarde gehecht aan de diverse factoren. Op de indeling in sociale lagen, zoals *Hollingshead* en *Redlich* die hanteren, is nogal wat commentaar gekomen. Een te dominerende factor bij de door hen gebezigde indeling zou de status zijn geweest die de ondervraagden zichzelf toekenden in de beroeps hiërarchie. Zie hiervoor *Gleiss e.a.*, 1973, p. 28 ev. en *Deppe*, 1970, p. 137 ev. *Deppe* vindt deze indeling naar inkomens te afhankelijk van de grootte van het loon. Hij pleit voor een indeling naar maatschappelijke en economische afhankelijkheidsrelaties, waarbij het criterium de verhouding zou moeten zijn die iemand heeft ten opzichte van de produktiemiddelen. Dit zou echter een minder genuanceerd beeld geven, terwijl de door *Deppe* geuite bezwaren bovendien worden opgeheven door de andere criteria die *Hollingshead* en *Redlich* aanleggen.

25. Hierbij zijn leeftijd en geslacht zodanig aangepast dat ze geen invloed hebben op de cijfers.

26. *Sroic, L., e.a.*, 'Mental health in Metropolis: The Midtown Manhattan Study', Vol. I. New York, 1962. In *Gleiss e.a.*, 1973, p. 32 ev.

27. *Dohrenwend, B.P. en B.S. Dohrenwend*, 'The problem of validity in field studies of psychological disorder', in: *J. Abnorm. Psychol.*, 1965, 70, p. 52-69. In *Gleiss e.a.*, 1973, p. 45 ev.

28. *Adelstein, A.M., e.a.*, 'The epidemiology of mental illness in an English city', in: *Soc. Psychiat.*, 1968, 3, p. 47-59. Geciteerd in *Gleiss e.a.*, 1973, p. 45 ev.

29. Als voornaamste typen van psychische stoornissen hanteren we hier de neurose en de psychose. De schizofrenie wordt hier als een onderdeel beschouwd van de psychose (daar kan men overigens vele vraagtekens bij zetten). De psychose wordt gezien als een stormis, waarbij de persoon het onderscheid tussen realiteit en waanidee (fantasiereweld) niet meer kan maken en zichzelf niet meer onder controle heeft (niet meer bewust intentioneel kan handelen). Bij de neurose is de persoon veel lichter gestoord, dat wil zeggen is op één enkel gebied het contact met de realiteit kwijt, of reageert op bepaalde situaties op een vaststaande, onflexibele en voor hem zelf belemmerende wijze; in grote lijnen kan hij echter 'normaal' functioneren. Een verdergaande definitie wordt in deze studie niet gebruikt, tenzij in geciteerde gedeelten. En wel omdat verdergaande definities niet beschrijvend zijn, maar normatief interpreterend zijn vanuit een bepaald referentiekader of vanuit een bepaalde diagnostische opstelling (indelingen kun je dan maken naar aard van de oorzaken, naar aard van de symptomen, naar aard van het ziekteverloop of naar aard van de te verwachten succesvolle benadelingsmethoden — zie voor de tekortkomingen van de indelingen vanuit de diverse optieken: *Fischer*, 1963).

De indeling in verschillende ziektebeelden is een normatieve zaak. Deze kan verstrekkende gevolgen hebben voor het ziekteverloop van de patiënt (zie in dit verband de aanklachten van de labelingtheorie, *Trimbos*, 1975, p. 26 ev., en noot 8) en de behandeling die men vereist acht (zie hiervoor het artikel van *Schatzman*, 1974). Bovendien leidt de indeling vanuit verschillende normen en optieken op den duur tot een onoverzichtelijke spraakverwarring. *Van Ussel* (1975, p. 15) citeert een onderzoek van *Jackson* 'die meer dan vijfduizend belangrijke publicaties tussen 1920 en 1960 raadpleegde om meer duidelijkheid te krijgen over schizofrenie. (...) Het resultaat dat hij bereikte was, dat de ziekte nog onbegrijpelijker werd.'

Gleiss e.a. (1973, p. 36) halen een onderzoek aan, waaruit blijkt dat aan dezelfde ziektebeelden vaak verschillende benamingen worden gegeven. Uit dit onderzoek blijkt dat in een Londens ziekenhuis de verhouding onder de psychiatrische patiënten tussen schizofrenen en manisch-depressieven 50:50 was, en in een New-Yorks ziekenhuis 90:10. 'Daarbij kon door de auteurs middels aanvullende diagnostisering verzekerd worden, dat deze verschillen niet teruggevoerd konden worden op acht verschillende ziektebeelden van de patiënten.'

30. *Strotzka, H.*, 'Klemburg — eine sozialpsychiatrische Feldstudie', Wien, 1969. In: *Gleiss e.a.*, 1973, p. 45.

31. Zie noot 26 en voorts *Langner, T.S. en S.T. Michael*, 'Life stress and mental health. The Midtown Manhattan Study', Glencoe, 1963. Geciteerd in: *Wolff en Hartung*, 1972, p. 27.

32. Zie noot 29.

33. *Frumkin, R.M.*, 'Occupation and mental illness'. Ohio Public Welfare Statistics, 1952, sept., p. 4-13. En: *Frumkin, R.M.*, 'Occupation and major mental disorder', New York, 1955. Beide in: *Gleiss e.a.*, p. 48 ev.

34. Dit is een van de weinige onderzoeken waarin ook expliciet onderzoek werd gedaan naar de psychische problematiek van vrouwen. Hoe het onderscheid man-vrouw zich uitdrukt in verschillende vormen van psychische pro-

blemen zal in dit boek niet verder aan bod komen. Dit zou wel nodig zijn, maar vanwege de gebrekkige stand van de wetenschap op dit gebied zou het een aparte verkennende studie vragen. Het belang van dit onderwerp zou meerdere studies rechtvaardigen. Geïnteresseerden kan ik doorverwijzen naar de vakgroep klinische psychologie van de Rijksuniversiteit te Utrecht en de afdeling sociale hulpverlening van de subfaculteit Andragogiek van de Universiteit van Amsterdam, waar sinds kort aparte aandacht besteed wordt aan deze problematiek.

35. Zie noot 28.

36. Dit onderzoek werd gehouden in de periode 1949-1953; onderzocht werd het aantal eerste opnamen van schizofrene mannen ouder dan 20 jaar. Dus het betreft hier een behandelde incidentie-studie.

37. Gleiss ea. (1973, p.48) noemen hier de volgende studies:

— Ødegaard, O., 'The incidence of psychoses in various occupations', in: Intern. J. Soc. Psychiat., 1956, 2, p.85-104.

— Sundby, P., 'Occupation and insanity', in: Acta Psychiat. Neurol. Scand., 1956, 106, p.276-287.

— Stenbäck, A. en K.A. Aché, 'Hospital first admission and social class — with special references to schizophrenia', in: Acta Psychiat. Scand., 1966, 42, p. 113-124.

38. Michaelis, W.B., 'Methoden und Ergebnisse psychiatrischer Ökologie'. In: K. Dörner en V. Plog (Hsg.), 'Sozialpsychiatrie. Psychische Leiden zwischen Integration und Emanzipation', Neuwied, 1972. Geciteerd in Gleiss ea., 1973, p.49.

39. Dohrenwend, B.P. en B.S. Dohrenwend, 'Social status and psychological disorder: a casual inquiry', New York, 1969. Geciteerd in: Gleiss ea., 1973, p.45 ev.

40. Mishler, E.G. en N.A. Scotch, 'Sociocultural factors in the epidemiology of schizophrenia', in: Intern. J. Psychiat., 1965, 1, p.258-305. In Gleiss ea., 1973, p.49.

41. Op kleinere schaal zijn illustratief de voorbeelden van organisatorische en economische herstructureringen. De huidige herstructurering van het wetenschappelijk onderwijs zal verregaande consequenties hebben voor het welzijn van de studenten. Uit preventief oogpunt is het van belang hier tijdig rekening mee te houden en gepaste voorzieningen te treffen. Een ander voorbeeld is werkloosheid. Bij massa-ontstagen zou een begeleidende taak voor hulpverleners ingeruimd moeten worden. De funeste invloed van werkloosheid op het welzijn van de getroffen mensen en hun gezinnen is al vele malen aangetoond (zie oa. Gleiss ea., 1973, p.54 ev., en Ovesen, 1977). De mijnstutningen in Limburg, waar zich een combinatie van herstructurering en werkloosheid voordeed, hebben dit nog eens duidelijk gemaakt (zie oa. Van de Hout, 1975).

Herstructurering en werkloosheid worden hier verder niet ter discussie gesteld. Het spreekt vanzelf dat deze niet vanzelfsprekend als juist of noodzakelijk moeten worden geaccepteerd en dat de hulpverlening hier geen kritiekloze aanpassende functie in moet krijgen. Evenwel, als ze zich eenmaal voordoen, dan biedt het achterwege laten van hulpverlening geen perspectief, men zou dan het fatalistisch beeld van de psychische Verelendung verkondigen en tegelijk het verwijt uiten dat het maatschappelijk systeem zich niet om het welzijn van haar leden bekommert.

42. Dit zien we bijvoorbeeld heel duidelijk bij Watzlawick ea. (1974), die uitgaan van het communicatiepatroon, zoals zich dat voordoet op het mo-

ment van de therapie. Dit moet veranderd worden in een meer wenselijke richting. Hoe het communicatiepatroon zo gegroeid is en waarom het zo is, wordt als weinig belangrijk beschouwd. Watzlawick: 'Deze aanpak is dus eerder een speurtocht naar patronen in het hier en nu dan naar symbolische betekenissen, oorzaken uit het verleden of motivatie. (...) Bezien onder dit licht worden de mogelijke of hypothetische oorzaken van secundair belang, maar treedt het gevolg van het gedrag te voorschijn als een criterium dat van primaire betekenis is bij de interactie tussen nauw bij elkaar betrokken personen.' (p.39).

43. In de hulpverlening kan dit relevantie hebben voor probleemgebieden als eenzaamheid, relatieproblemen, identiteitscrises etc.

44. Zie voor een uitgebreidere behandeling van de socialisatieprocessen oa. Huch (1975) en Gottschalk ea. (1972).

45. Dunn is, zoals ook enkele andere Frankfurters vóór hem, 'op zoek' naar de onverreemde mens. Hij richt zich daarbij op LSD-trips, de cultuur der Yaki-indianen, zen-boeddhisme, paragnostische verschijnselen, bepaalde gevechtstechnieken etc. Daarvan doet hij verslag in zijn laatste werk (1975). Op een waardering van deze nieuwe studie gaan we in dit verband niet in.

46. Mayo, E., 'The human problems of industrial civilization', New York, McMillan, 1933.

47. Zie hiervoor T. Kieselbach ea., 'Krankheit — Ihre Beziehungen zur gesellschaftlichen Organisation der Arbeit und Klassenstruktur im Spätkapitalismus', Psychologisches Institut der Universität Münster. In: Schneider, 1973, p.232.

48. Brock, A. ea., 'Theorie und Praxis der Gewerkschaften. Themakreis Betrieb 4. Die Würde des Menschen in der Arbeitswelt', Stuttgart, 1969.

49. Cutpin, M. en M. Smith, 'The nervous temperament', Industrial Health Research Board, Report No.61, H.M.S.O., 1930. Geciteerd in: Gleiss ea., 1973, p.56.

50. Fraser, R., 'The incidence of neurosis among factory workers', Industrial Health Research Board, Med. Research Council Rep. No.90, H.M.S.O., London, 1947. In: Gleiss ea., 1973, p.56 ev.

51. Alphen de Veer, M.R. van, 'Success and failure in industry — a psychomedical study', Assen, 1955. Geciteerd in: Gleiss ea., 1973, p.57.

52. Kornhauser, A., 'Mental Health of the industrial worker. A Detroit Study', New York, 1965. In: Gleiss ea., 1973, p. 58.

53. Gardell, B., 'Alienation and mental health in the modern industrial environment'. In: L. Levi (ed.), 'Society, stress and disease', Vol. 1, New York, 1971. In: Gleiss ea., 1973, p.59.

54. Faris, R. en H.W. Dunham, 'Mental Disorders in Urban Areas', Chicago, 1965. In: Wolff en Hartung, 1972.

55. Häfner, H. ea., 'Inzidenz seelischer Erkrankungen in Mannheim, 1965', in: Soc. Psychiat., 1969, p.126-135.

56. Clausen, J. en M. Kohn, 'The ecological approach in social psychiatry', in: Amer. J. Sociol., 1954, 60, p.140-149; Weinberg, S.K., 'Urban areas and hospitalized psychotics'. In: S.K. Weinberg (ed.), 'Sociology of mental disorders', London, 1967.

57. Brenner, M.H. ea., 'Economic conditions and mental hospitalization for functional psychosis', in: J. Nerv. Ment. Disease, 1967, 145, p.371-384; Brenner, M.H., 'Economic change and mental hospitalization: New York State, 1910-1960', in: Soc. Psychiat., 1967, 2, p.180-188; Brenner, M.H., 'Patterns of psychiatric hospitalization among different socio-economic

- groups in response to economic stress', in: *J. Nerv. Ment. Disease*, 1969, 148, p.31-38. In: Gleiss e.a., 1973, p.53 ev.
58. Zie noot 30.
59. Cobb, S., e.a., 'The health of people changing jobs: a description of a longitudinal study'. *Amer. J. Publ. Health*, 1966, 56, p. 1476-1481;
- Fried, M., 'Social differences in mental health'. In: J. Kosa, e.a., 'Poverty and health', Cambridge, Mass. 1969;
- Jahoda, M., e.a., 'Die Arbeitslosen von Marienthal'. 2e Auflage, Allenbach, 1960 (1e Auflage, 1933);
- Rowntree, L., e.a., 'Mental and personality disorders in selective service registrants'. *J. Amer. Med. Ass.*, 1945, 128, p.984-1087;
- Werner, T., en D. Ross, 'Research in occupational psychiatry'. In: R. Collins, 'Occupational psychiatry', Boston, 1969.
60. Zie o.a.: Besner, A., 'Economic deprivation and family patterns'. In: L. Irelan, (ed.), 'Low-income life styles', Washington, D.C., 1966;
- McKinley, D.C., 'Social class and family life'. The Free Press of Glencoe, New York, 1966 (2e druk);
- Komarovsky, M., 'Blue-collar marriage'. New York, 1967.
- Rainwater, L., e.a., 'Workingman's wife', New York, 1959.
- In Gleiss, e.a., 1973, p.61.
61. Goode, W., 'Marital satisfaction and instability'. In: R. Bendix en S. Lipset, 'Class status and power', London 1967. In Gleiss e.a., 1973, p.61.
62. Rainwater, L., 'Some aspects of lower class sexual behavior'. *J. Soc. Issues*, 1966, 22, p.96-108. In Gleiss e.a., 1973, p.62.
63. Draper, E., 'Birth control in the modern world'. Harmondsworth, 1965. In Gleiss e.a., 1973, p.63.
64. Kleiner, R., en S. Parker, 'Goal striving, social status and mental disorder: a research review'. *Amer. Sociol. Rev.*, 1963, 28, p.189-203;
- Klugman, S., 'Emotional stability and level of aspiration'. *J. Gen. Psych.*, 1948, 38, p.101-108;
- Tuckman, J., en R. Kleiner, 'Discrepancy between aspiration and achievement as a predictor of schizophrenia'. *Beh. Sciences*, 1962, 7, p.443-447. In: Gleiss e.a., p.65.
65. Walters, J., e.a., 'Interaction of mothers and children from lower class families'. *Child developm.*, 1964, 35, p.1021-1032; Geciteerd in Gleiss e.a., p.64;
66. Myers, I.K., en B.H. Roberts, 'Family and class dynamics in mental illness', New York, 1959.
67. Zie onder andere:
- Bronfenbrenner, U., 'Socialization and social class through time and space'. In: E. Maccoby, e.a., 'Readings in social psychology', New York, 1968;
- Miller, D., en G. Swanson, 'Inner conflict and defense', New York, 1966 (original 1960);
- Newson, J., en E. Newson, 'Patterns of infant care in an urban community'. Harmondsworth, England, 1965;
- White, M., 'Social class, child rearing practices, and child behavior'. *Amer. sociol. Rev.*, 1957, 22, p.704-712.
68. Groen, J., en J. Bastiaans, 'Psychological stress, interhuman communication and psychosomatic disease'. In: C.D. Spielberger en I.G. Sarason (ed.), 'Stress and society'. New York, 1975. In: Defares, t.a.p..
69. Cohen, A.R. (ed.). In: 'Studies in social power', D. Cartwright, Ann Arbor. Geciteerd door Defares t.a.p..

70. Phillips, D., 'Social class and psychological disturbance: The influence of positive and negative experiences'. *Soc. Psychiat.*, 1968, 3, p.41-46. Geciteerd door Gleiss e.a., 1973, p.69.
71. Risso, M., 'Der Einfluss des magischen Weltbildes auf die Gestattung geistiger Störungen bei Süditalienischen Patienten'. In: N. Petrilowitsch (ed.), *Beitr. z. vergleich. Psychiat.*, Basel/New York, 1967, Teil II, p.155.
72. Kohn, H.L., 'Class and conformity: a study in values'. Homewood, Illinois, 1969. In: Nijhof, 1972.
73. In een informatiestencil voor filosofie: 'Les christelijke hulpverlening', Sociale Akademie Arnhem, 1976, lezen we de volgende onderverdeling in benaderingen welke een christelijke werker in de hulpverlening heeft:
- A) De werker die de relatie met God als een persoonlijke inspiratiebron heeft en niet als eerste doel heeft om het Evangelie te verkondigen, maar om de nood te lenigen.
- B) De werker, die de hulpverlening pas volledig vindt, wanneer er gewezen wordt op Jezus Christus als Verlosser. Hij vindt de relatie met de Heer een voorwaarde voor "wezijn" van de mens. Zijn eigen relatie met God is zijn voornaamste bron om te kunnen werken aan de noodleniging.
- Ter verduidelijking hiervan wordt nog gezegd: 'De werker zal in zijn hulpverlening een duidelijk accent leggen op Jezus Christus, waarbij hij zeker niet voorbij zal gaan aan de nood, die de cliënt ervaart. Hij wil in zijn houding en in zijn spreken zodanig getuigen van Jezus Christus en zijn relatie met Christus, dat die ander deze weg ook gaat volgen.
- Voor sommige vormen van hulpverlening is iemands Christen zijn een voorwaarde.
- Een belangrijke reden, waarom iemand het belangrijk vindt om van Christus te getuigen is, dat hij gelooft, dat de mens in zichzelf geen leven heeft en dat dit leven alleen in Christus te vinden is.'
- Door de levende relatie met God, aldus deze filosofie, kan de cliënt 'pas uit het kringetje van leven met betrekkelijke dingen gehaald worden en dan is het fundamenteel gelegd voor echte noodleniging.
- Het geheel wordt 'bewezen' met citaten uit de bijbel. Blijkens een informatiefolder ('inhoud', ongedateerd) werd bij 50 procent van de in behandeling genomen cliënten in het Youth for Christ Opvangcentrum 'geen duidelijke verandering opgemerkt.'
- Ondanks de schampere kritiek waarmee deze wijze van hulpverleners vaak wordt afgedaan, stelt het objectieve feit, dat in 50 procent van de gevallen resultaten worden geboekt, ons voor de vraag hoe dit komt. Blijkbaar heeft de ideologische identificatie met het Christendom en het feit dat men zich van de concrete problemen afwendt en zich richt op een Verlosser die het profane overstijgt een bepaald bevrijdend effect. We zullen dit in hoofdstuk 3 nader bekijken. In ieder geval lijken de ideologische variabelen hier een belangrijke rol te spelen.
- Voor een uitvoeriger kennismaking met de christelijke hulpverlening verwijst ik hier naar Frinzel (1974).
74. In het hier genoemde werk worden o.a., behandeld: de insuline-shockbehandeling, de farmacologische shockbehandeling, de duur-slaapbehandeling en de psychochirurgie. Voorts de koortsbehandeling, de stikstof-inhalatiebehandeling, de kooldioxydebehandeling, de hormoonbehandeling, de stofwisselingsbehandeling, de koude-therapie, de cerebrale pneumotherapie, de diëlectrolysebehandeling.
75. Dunham, H.W., 'Social class and schizophrenia'. In: *Amer. J. Ortho-*

- psychiat., 1964, 34, p. 634-642;
- Goldberg, E.M., en S.L. Morrison, 'Schizophrenia and social class'. *Brit. J. Psychiat.*, 1963, 109, p. 785-802;
- Grünfeld, B., en Chr. Salvesen, 'Functional psychosis and social status'. In: *Brit. J. Psychiat.*, 1968, 114, p. 733-737.
76. Gleiss e.a. noemen: Clausen, J.A., en M.I. Kohn, 'The ecological approach in social structure of a small city'. In: B. Pasamanick, (ed.), 'Epidemiology of mental disorder', Washington D.C., 1959;
- Fans, R. en H. Dunham, 'Mental disorders in urban areas: an ecological study of schizophrenia and other psychoses'. Chicago, 1965;
- Kornhauser, A., 'Mental Health of the industrial worker. A Detroit study'. New York, 1965;
- Lapouse, R., M. Monk en M. Terris, 'The drift hypothesis and socio-economic differentials in schizophrenia'. In: *Amer. J. Publ. Health*, 1956, 46, p. 978-986;
- Tietze, C., P. Lehmkau en M. Cooper, 'Schizophrenia, manic-depressive psychoses and social-economic status'. In: *Amer. J. Sociol.*, 1941, 47, p. 167-175.
77. Met opportunisme wordt hier niet politiek opportunisme bedoeld, wat er toe leidt dat men met alle winden meewaait om bijvoorbeeld meer leden voor de organisatie te winnen. Hier wordt een pragmatisch opportunisme bedoeld, hetgeen verschillende keuzemogelijkheden in concrete situaties overlaat, terwijl de lange termijn doelstellingen blijven vaststaan en de keuze tussen verschillende mogelijkheden op grond daarvan wordt gedaan. Dit stel ik tegenover het starre denken, waarn allerlei deelstapjes en keuzen reeds zijn vastgelegd en ideologisch gekwalificeerd.
78. Gardner, E.D., 'Psychological care for the poor: the need for new service patterns with a proposal for meeting this need.' In: E.L. Cowen, E.A. Gardner en M. Zax (eds.), 'Emergent approaches to mental health problems', New York, 1967.
79. Aché, K.A., 'On prognosis and rehabilitation in schizophrenic and paranoid psychoses'. *Acta Psychiat. Scand.*, 1969, 43, Suppl. 1996.
80. Met tolerantie wordt hier bedoeld dat afwijkend gedrag toegelaten wordt en als vrij normaal geldt. Het betekent niet dat er positief op gereageerd wordt. Vaak zijn mensen met afwijkend gedrag het onderwerp van achterklap en roddel en het voorwerp van agressie. In afwijkend gedrag wordt zelden aanleiding gezien om hulp te zoeken, zolang men zijn werk maar kan doen. Hierdoor kunnen stoornissen met weinig wrijving verergeren.
81. We vinden dit bijvoorbeeld terug in een informatiestencil van de Voortgezette Opleiding voor sociaal-pedagogische arbeid te Nijmegen, van basisteam 3, Kontakttag V.O., gedateerd 15 november 1976, p. 7 ev.

- ABHOLZ, H.H., *Die Rolle des industriellen Arbeitsplatzes für die Ätiologie psychischer Erkrankung*. In: *Das Argument*, nr. 60, Berlin, Argument Verlag, 1970, p. 142-151.
- ACHTERBERG, B., e.a., *Angst-Erfahrung. Erfahrungsberichte, Analysen und Kritik zu 'Angst im Kapitalismus'*. Kübler Verlag, 1974.
- AKTIEGROEP Medicijnen Nijmegen, *Gezondheidszorg in Nederland*, Nijmegen, Sun, 1973.
- ALINSKY, S.D., *Dat hoef je niet te nemen! - De organisatie van sociale actie*. Den Haag, Bert Bakker, 1973.
- ARENDSHORST, D., *Het failliet van de alternatieve hulpverlening*. In: De Groene Amsterdammer, 5 februari 1972.
- BASAGLIA, F., F. Basaglia-Ongaro, E. Lemert, en J. Ruesch, *De uitgestotenen. Gedachten uit de antipsychiatrie*. Deventer, van Loghum Slaterus, 1975.
- BATSELIER, S. de, *De vermindende invloed van de maatschappij op seksualiteit en relaties*. In: Aktiegroep Medicijnen Symposium, *Emancipatie van de seksualiteit*. Nijmegen, 1974a, p. 61-74.
- BATSELIER, S. de, *De zachte moordenaars*. Antwerpen, De Nederlandsche Boekhandel, 1974b.
- BECK, W., *Democratie in de wijken. Een onderzoek naar buurtacties in Nederland*. Amsterdam, Van Gennep, 1975 (2e druk).
- BEERS, W. van, *Modellen in de psychiatrie*. In: *Intermediair*, jrg. 13, nr. 21, 27 mei 1977, p. 11-19.
- BERG, T. van de, *Preventieve psychosociale dienstverlening - een terreinafbakening*. Bloemendaal, Nelissen, 1977.
- BERMANN, G., *Eine neue Medizin für die Massen. Sozialpsychiatrie in China*. Frankfurt a.M., Europäische Verlagsanstalt, 1973.
- BONT, H. de, en A.P. Schrijvers, *Het preventieve werk*. In: *Intermediair*, 1977a, nr. 6, 11 februari 1977.
- BONT, H. de, en A.P. Schrijvers, *Het preventieve werk in perspectief*. In: *Intermediair*, 1977b, nr. 7, 18 februari 1977.

- BRÜCKNER, P., *Zur Sozialpsychologie des Kapitalismus*. Frankfurt a.M., Europäische Verlaganstalt, 1972.
- BRUIJN, G. de, en A. Kok, *Traning als therapeutische mogelijkheid*. In: Maandblad voor Geestelijke Volksgezondheid, 1975, 3, p.149-154.
- BURKI, C., J. Manders en G. Timmers, *Richtlijnen voor politiserende hulpverlening*. Nijmegen, doctoraalscriptie sociale pedagogiek en andragogiek, 1977.
- BUUNK, B., *Interaktietraining en maatschappij*. In: Maandblad voor Geestelijke Volksgezondheid, jrg. 30, nr. 3, maart 1975, p. 124-134.
- BIJSTERVELDT, P. van, *Echtparengroepen in de SPD*. In: Maandblad voor Geestelijke Volksgezondheid, jrg. 31, 1977, p. 9-15.
- CAPLAN, G., *Principles of preventive psychiatry*. New York, Basic Books, 1964.
- COHEN, G., *Traningen in sociale relaties*. In: Maandblad voor Geestelijke Volksgezondheid, jrg. 30, 1975, 3, p.134-149.
- DEPPE, H.V., *Medizinsoziologische Bemerkungen zur Ökologie und Epidemiologie am Beispiel von schizophren Erkrankten*. In: Das Argument, nr.60, Berlin, Argument Verlag, 1970, p. 129-141.
- DEPPE-WOLFINGER, H., *Arbeiterjugend – Bewusstsein und politische Bildung*. Frankfurt am Main, Athenäum Fischer Taschenbuch Verlag, 1972.
- DEFARES, P.B., *Psychosociale stress*. In: Hulpverleners en veranderen, afl.13, december, 1976.
- DIEKSTRA, R.F.W., *Ik kan denken/voelen wat ik wil. Een handleiding tot het oplossen van emotionele problemen door rationele zelf-analyse*. Amsterdam, Swets & Zeitlinger, 1976 (2e druk).
- DONKERS, G. en G. Vaarwerk, *De praktijk in het politiek vormingsproces – richtlijnen voor politieke vormingsprogramma's geïllustreerd met praktische voorbeelden*. Nijmegen, eigen uitgave, 1977.
- DÖRNER, K., *Bürger und Irre*. Frankfurt am Main, Fischer Taschenbuch Verlag, 1975.
- DROP, M.J., *De geldigheid van de geregistreerde frequenties van afwijkend en ziektgedrag*. In: Maandblad voor Geestelijke Volksgezondheid, 1972, 1, p. 2-12.
- DRIJVERS, T., e.a., *Leren, wat koop je ervoor?* Nijmegen, doctoraalscriptie sociale psychologie, 1976.
- DUHM, D., *Angst im Kapitalismus*. Lampertheim, Kübler Verlag, 1973a (7e druk).
- DUHM, D., *Revolution ohne Emanzipation ist Konterrevolution*. Köln, Rosa Luxemburg Verlag, 1973b.
- DUHM, D., *Warenstruktur und zerstörte Zwischenmenschlichkeit*. Köln, Rosa Luxemburg Verlag, 1973c.
- DUHM, D., *Ein paar Gedanken zu den noch sehr ungelösten Theorie-Problemen*. In: Frankfurter Seminar april 1973, *Politische Arbeit und Emanzipation*. Köln, Rosa Luxemburg Verlag, 1974, p.114-119.
- DUHM, D., *Der Mensch ist anders*. Lampertheim, Kübler Verlag, 1975.
- DUINTJER, O.D., *Moderne wetenschap en waardevrijheid*. In: Algemeen Nederlands Tijdschrift voor Wijsbegeerte, 1970, 62, 1, p.22-44.
- DUYKER, H.C.J., *De meervoudige gedetermineerdheid van menselijk gedrag*. Amsterdam, N.H.U.M., 1972.
- EYSENCK, H.J., *De ongelijkheid van mensen*. Utrecht, Spectrum, 1975.
- FISCHER, A.A., *Nosologisch denken in de psychiatrie, over theoretische en methodologische problemen*. Utrecht, Elinkwijk, 1963.
- FOUCAULT, M., *Geschiedenis van de waanzin*. Meppel, Boom, 1975.
- FREIRE, P., *Pedagogie van de onderdrukten*. Baarn, In den Toren, Anthos-boeken, 1973 (derde druk).
- FRICK, W.B., *In gesprek met Maslow, Murphy, Rogers*. Nijkerk, Callenbach, 1974.
- FRINSEL, J.J., *Schapen over de dam*. Hoornaar, Gideon, 1974 (3e druk).
- GERARDS, F.H., *Preventie in de geestelijke gezondheidszorg: een doodgeboren kind?* In: Maandblad voor Geestelijke Volksgezondheid, jrg. 31, 1977, nr.1, p. 21-35.
- GIESECKE, H., *Didaktik der politischen Bildung*. München, Juventa Verlag, 1972 (7e druk).
- GLEISS, I., R. Seidel en H. Abholz, *Soziale Psychiatrie, zur Ungleichheit in der psychiatrischen Versorgung*. Frankfurt a.M., Fischer Taschenbuch Verlag, 1973.
- GOBLE, F., *De psychologie van Abraham Maslow. De derde weg*. Rotterdam, Lemniscaat, 1975 (3e druk).
- GOTTSCHALCH, W., M. Neumann-Schönwetter, en G. Soukop, *Sozialisationsforschung, Materialien, Probleme, Kritik*. Frankfurt am Main, Fischer Taschenbuch Verlag, 1972 (5e druk).
- GOULDNER, A.W., *The coming crisis in western sociology*. London, Heineman, 1972 (2e druk).
- HARBERDEN, P. van, en R. Lafaille, *Zelfhulp*. In: Maandblad

- voor Geestelijke Volksgezondheid, jrg. 32, nr. 11, nov. 1977, p. 668-682.
- HAVEMAN, M.J., *Preventie in de geestelijke gezondheidszorg, ideologie of wetenschappelijke methode?* In: Maandblad voor Geestelijke Volksgezondheid, jrg. 32, nr. 7/8, p. 424-435.
- HILBERINK, A., *Preventie, knutselen aan een maatschappij.* In: Maandblad voor Geestelijke Volksgezondheid, jrg. 30, 1976, p. 226-239.
- HOFMANN, W., *Verelendung.* In: *Folgen einer Theorie, Essays über 'Das Kapital' von Karl Marx.* Frankfurt am Main, Suhrkamp Verlag, 1972 (5e druk).
- HOLLSTEIN, W., en M. Meinhold, (hrsgb.), *Sozialarbeit unter kapitalistischen Produktionsbedingungen.* Frankfurt a.M., Fischer Taschenbuch Verlag, 1973.
- HOUT, W.P. v.d., (red.), *Gezondheidscentrum Hoensbroek-Noord, Evaluatie 1973.* In: Documentatiemap Congres Eerstelijnsgezondheidszorg, Nijmegen, 1975.
- HUCH, K.J., *Einübung in die Klassengesellschaft; über den Zusammenhang von Sozialstruktur und Sozialisation.* Frankfurt a.M., Fischer Taschenbuch Verlag, 1975.
- HULSEBOSCH-HEERING, E., *Het gezicht van preventie in de praktijk.* In: Maandblad voor Geestelijke Volksgezondheid, jrg. 32, nr. 7/8, 1977, p. 417-424.
- HURRELMAN, K., *Sozialisation und Lebenslauf.* Reinbek, Rororo, 1976.
- HUIJG, J., *Alternatieve hulpverlening is niet alternatief.* In: Maatschappelijk Welzijn, jrg. 27, januari 1975, p. 5-11.
- INSTITUUT voor Politiek en Sociaal Onderzoek, *Moderne uitbuiting, psychische overbelasting, stijgend ziekteverzuim.* Amsterdam, Stichting IPSO, 1974, (4e druk).
- JANSSSEN, J., *De methode van de KWJ. 'Zien-oordelen-handelen'.* Nijmegen, doctoraalscriptie sociale pedagogiek en andragogiek, 1977.
- JERVIS, G., G. Mastrangeli, en R. Rozzi, *Psychotherapie als Klassenkampf.* Berlin, Merve Verlag, 1974.
- KALINOWSKI, L.B., en P.H. Koch, *Schockbehandlungen, Psychochirurgie und andere somatische Behandlungsverfahren in der Psychiatrie.* Bern/Stuttgart, Medizinischer Verlag Hans Huber, 1954.
- KAMIN, L.J., *The science and politics of I.Q.*, John Wiley, New York, 1974.
- KATIER, S., *Zit je goed? Feminisme als therapie.* Amsterdam, Bert Bakker, 1977.
- KOHN, M.L., *Social class and the exercise of parental authority.* Amer. Sociol. Rev., 1959, 24, p. 352-366.
- KRUIHOF, J., *Rechts en links in de hulpverlening aan jongeren.* In: Jeugd en Samenleving, jrg. 3, juli, 1973, p. 473-480.
- KUHN, T.S., *De structuur van wetenschappelijke revoluties.* Meppeel Boom, 1972.
- LEITHÄUSER, Th. en W.R. Heinz, *Produktion, Arbeit, Sozialisation.* Frankfurt a.M., Suhrkamp, 1976.
- LIEBERMAN, M.A., I.D. Yalom en M.B. Miles, *Encounter groups: first facts.* New York, Basic Books, 1973.
- LIEVENSE, J. en J. van de Wetering de Rooy, *Je rijpt je rot. Ervaringen met trainingen in persoonlijke groei.* Amsterdam, Contact, 1975.
- MAAS, J.R.M., *Bomen spreken.* Contact, Amsterdam, 1973.
- MAAS, J.R.M., *Stenen hebben pijn.* Contact, Amsterdam, 1975.
- MAK, G., e.a., *Alternatieven die het niet waren.* In: De Groene Amsterdammer, 11 maart 1972.
- MAK, G., *De nieuwe stiefmoeder van de alternatieve hulpverlening.* In: De Groene Amsterdammer, 2 februari 1977a, p. 10-11.
- MAK, G., *Druppels op een gtoeiende plaat.* In: Sekstant, maart 1977b, p. 12-17.
- MEDEWERKERS Release Amsterdam, *Lijkrede aan het graf van Release.* Amsterdam, stencil, 5 oktober, 1972.
- MINUCHIN, S., e.a., *Families of the stumps.* New York, 1967.
- MOELLER, M.L., *Krankheitsverhalten bei psychischen Störungen und die Organisation psychotherapeutischer Versorgung.* In: Das Argument 71, Berlin, Argument Verlag, 1972, p. 88-109.
- MONTAGU, A. (red.), *Ras, milieu en intelligentie.* Baarn, Het Weeldvenster, 1977.
- MOSER, T., *Jugendkriminalität und Gesellschaftsstruktur.* Frankfurt a.M., Fischer Taschenbuch Verlag, 1974 (3e druk).
- NEGT, O., *Soziologische Phantasie und exemplarisches Lernen.* Frankfurt a.M., Europäische Verlagsanstalt, 1972 (3e druk).
- NIJHOF, G., *Psychische storingen in maatschappelijk perspectief.* Maandblad voor Geestelijke Volksgezondheid, 1972, 3, p. 120-129.
- OVESEN, E.E., *Werkloosheid. Een inzicht in de psychische en maatschappelijke gevolgen van werkloosheid.* Rotterdam, Kooyker, 1977.
- PEARLIN, L.J. en M.L. Kohn, *Social class, occupation and parental values: a cross-national study.* Amer. Sociol. Rev., 1966, 31, p. 466-479.
- PERLS, F., *Gestalt Therapie Verbatim.* Den Haag, Bert Bakker, 1974 (2e druk).
- PETERS, H., *Die politische Funktionslosigkeit der Sozialarbeit*

voor Geestelijk
p. 668-682.
HAREMAN, J.
ideologie
Geestelijk
HILBERINK, J.
Maandblad
p. 22
HOFF, J.
p. 14
F

groep van jongeren
3-80
Solidities MGP
Sociali
groups.
Van
inc.

Definision ihrer Adressaten. In: H.U. (rsgb.), *Gesellschaftliche Perspektiven*. Abband. Neuwied/Berlin, Hermann (druk), p.151-167.

therapeutische Club. Ausarbeitung discussie-brochure, september

ziekteverzuim of arbeidsver-
dientie, 35, Nijmegen, 1974.
et, Niet aanpassen: Veran-

14.
opnieuw bekeken. Baarn, In den
1975 (2e druk).

groep. Utrecht/Antwerpen, Het Spectrum,

H.E., *Het gezin als patiënt*. Utrecht/Antwerpen, Het
trum, 1974a (2e druk).

CHTER, H.E., *Lernziel Solidartät*. Reimbek bei Hamburg, Ro-
wohltverlag, 1974b (3e druk).

RIEDESSER, P., *Psychische stoornissen bij buitenlandse arbeiders
in de Bondsrepubliek Duitsland. Oorzaken, problemen en so-
ciaal-politieke consequenties*. In: Maandblad voor Geestelijke
Volksgezondheid, juni, 1973, 6, p. 285-295.

RIPKE, W., *Warenproduktion, Kapitalismus und Gesundheits-
wesen*. In: Das Argument, nr. 60, p. 30-71. Berlin, Argument
Verlag, 1970.

ROGERS, C., *Individueel. Over encounter-groepen*. Den Haag,
Bert Bakker, 1974a (5e druk).

ROGERS, C., *Van echtgareel tot partners*. Den Haag, Bert Bak-
ker, 1974b (2e druk).

ROGERS, C.R. en G.M. Kinget, *Psychotherapie en menselijke ver-
houdingen*. Den Haag, Bert Bakker, 1974c.

ROGIER, J., *Pompe of verzuipen*. Amsterdam, Uitgeverij Con-
tact, 1973.

ROTH, J., *Armut in der Bundesrepublik; über psychische und
materielle Verelendung*. Frankfurt a.M., Fischer Taschenbuch
Verlag, 1975 (2e druk).

'ROUGH TIMES' Collectief, Het, *Harde tijden*. Den Haag, Bert
Bakker, 1975.

SATIR, V., *Gezinstherapie*. Deventer, Van Loghum Slaterus, 1975.

SCHATZMAN, M., *Waanzin en moraal*. In: Het 'Radical Therapist'
Collectief, *Niet aanpassen: Veranderen!* Den Haag, Bert Bakker,
1974.

SCHMÄDEL, D., *Schichtspezifische Unterschiede im Gesundheits-*

und Krankheitsverhalten der Bevölkerung der Bundesrepublik.
In: D. Ritter-Röhr, *Der Arzt, sein Patient und die Gesellschaft*.
Frankfurt a.M., Sunrkamp Verlag, 1975.

SCHMIEDERER, R., *Zur Kritik der politischen Bildung*. Frank-
furt am Main, Europäische Verlagsanstalt, 1972 (3e druk).

SCHNEIDER, M., *Neurose und Klassenkampf. Materialistische
Kritik und Versuch einer emanzipativen Neubegründung der
Psychoanalyse*. Reimbek bei Hamburg, Rowohlt Taschenbuch
Verlag, 1973.

SEIDEL, R., *Bedingungen für die Prävention psychischer Stö-
rungen*. In: Das Argument, nr. 71, Berlin, Argument Verlag,
1972, p.14-62.

SEVE, L., *Marxismus und Theorie der Persönlichkeit*. Berlin, Dietz
Verlag, 1973 (2e druk).

SJOW SPECIAL, *Alternatieve hulpverlening dit keer*. In: Sjow,
1976, 4, 15, 18 september 1976.

SOSJALE Joent Den Haag, *De geschiedenis van Karin*. In: Tijd-
schrift voor Maatschappelijk Werk, jrg.25, oktober 1971,
p.426-435.

SNELS, G., *Arbeidsethos en arbeidersethos*. Nijmegen, doctoraal-
scriptie wijsbegeerte, 1975.

STRIEN, P.J. van, *Mastow's halve humanisme*. Intermediair, 1975,
43, 24 oktober 1975, p.1-7.

STROTZKA, H., *Einführung in die Sozialpsychiatrie*. Reimbek,
Rowohlt Taschenbuch Verlag, 1972.

THERAPEUTISCHER Club, München, *Versuch über den Krank-
heitsbegriff und seine praktischen Konsequenzen*. München, In-
tern papier, december 1972.

THERAPEUTISCHER Club, München, *Arbeitspapier zur Grund-
legungsdiskussion im Therapeutischen Club (TC)*. In: Frankfur-
ter Seminar, april 1973, *Politische Arbeit und Emanzipation*,
Köln, Rosa Luxemburg Verlag, 1974, p.87-102.

THERAPEUTISCHER Club, München, *Überblick über die Theo-
rienenentwicklung im TC*. München, intern papier, februari 1974.

THERAPEUTISCHER Club, München, *Selbstdarstellung*. Mün-
chen, intern papier, januari 1974.

THERAPEUTISCHER Club, München, *Selbstverständnis des The-
rapeutischen Clubs e.V.* München, informatiestencil, februari
1975.

TRIMBOS, K., *Antipsychiatrie, een overzicht*. Deventer, van
Loghum Slaterus, 1975.

TURCK, B. de, *In gesprek met Dieter Duhm*. Nijmegen, ASP,
1974.

USSEL, J. van, *Intimiteit*. Deventer, van Loghum Slaterus, 1975.

- VERBEEK, E., *Psychiatrie in holle en bolle spiegels*. Nijkerk, Calenbach, 1975.
- VERSPAANDONK, T., *Ontstaan en ontwikkeling van de Releases*. In: *Jeugd en Samenleving*, jrg. 3, december 1973, p.837-845.
- VINNAI, G., *Sozialpsychologie der Arbeiterklasse, Identitätszerstörung im Erziehungsprozess*. Reinbek bei Hamburg, Rowohlt Taschenbuch Verlag, 1975 (2e druk).
- VROON, P., *Weg met de psychologie*. Baarn, Ambo, 1976.
- WERKGROEP Welzijnszorg van de Bond voor Wetenschappelijke Arbeiders, *Naar een politieke analyse van het welzijnswerk-bestel*. Nijmegen, Sun, 1974.
- WATZLAWICK, P., e.a., *De pragmatische aspecten van de menselijke communicatie*. Deventer, Van Loghum Slaterus, 1974.
- WOLFF, R. en K. Hartung, *Psychische Verelendung und die Politik der Psychiatrie*. In: *Kursbuch 28*, Berlin, 1972, p.i-104.
- WRIGHT MILLS, C., *The Promise*. In: F. Lindenfeld (red.), *Radical perspectives on social problems*. London, The Macmillan Company, 1970 (5e druk), p. 13-21.
- ZIGLER, E. en J.L. Child, *Socialisation*. In: G.Lindzey en E. Aronson, *The handbook of social psychology, Vol.I*. Reading, Mass., Addison-Wesley Publishing Company, 1969, p.450-589.
- ZIJLSTRA, T. en J. Sturkenboom, *Psychiatrie in Nederland, deel I, geschiedenis en structuur*. Odijk, Sjaloom Nieuwschrift, 1975.

LINK-boeken

boeken om in de gaten te houden
(voor prijzen die niet bijten)

prof. M. van Beugen, A. Burgmans en H. van Schaijk
WONEN OP WIELEN

Woonwagenbeleid als toetssteen van welzijnsbeleid
isbn 90 6285 006 5; 128 blz., f 9,90

L. Box, J. Dronkers, M. Molenaar en J. de Mulder (red.)
VRIJHEID VAN ONDERWIJS

Marges in het onderwijs in maatschappelijk perspectief
isbn 90 6285 012 X; 208 blz.; f 15,90

Gerhard Nijhof

INDIVIDUALISERING EN UITSTOTING

Van maatschappelijk probleem naar psychische stoornis
Een perspectief voor een psychiatrische sociologie
isbn 90 6285 011 1; 208 blz.; f 18,50

M. Ubachs

EEN EEUW MODERN KAPITALISME

De Regouts. Leed en strijd van Maastrichts proletariaat.
isbn 90 6285 007 3; heruitgave, 256 blz.; f 15,00

prof. Harry Hoefnagels

MIJN, DIJN EN SAMSAM

Opstellen over eigendomsverhoudingen, inkomensverdeling
en werkgelegenheid
isbn 90 6285 009 X; 112 blz.; f 8,90

Jan Brands, Guus Egas, Sjoerd Karsten en Ed Wendrich
ANDERE WIJS OVER ONDERWIJS

Naar een materialistische onderwijssociologie
isbn 90 6285 010 3; 304 blz.; f 21,50

prof. C.E. Vervoort
ONDERWIJS EN MAATSCHAPPIJ
Een oriëntering in de sociologie van het onderwijs
isbn 90 6285 001 4; 112 blz., f 8,90

Jan Geurts en Paul Tesser
WERKENDE JONGEREN EN HUN ONDERWIJS
Een studie naar de maatschappelijke situatie
en de sociale kenmerken van werkende jongeren
isbn 90 6285 008 1; 192 blz.; f 15,90

Jan Brands
KOMPENSATIEONDERWIJS, SCHOOL EN MILIEU
Over de onderwijskansen van arbeiderskinderen
isbn 90 6285 003 0; 96 blz., f 7,50

Bert de Turck
POLITISERENDE HULPVERLENING
Een oriëntering
isbn 90 6285 014 6; 208 blz.; f 18,50

LINK-boeken
verkrijgbaar bij de boekhandel
en bij de uitgeverij
LINK, Postbus 1144, Nijmegen (080) 23 47 42

In het welzijnswerk en meer in het bijzonder in de geestelijke gezondheidszorg bestaat een groeiende kritiek op de traditionele vormen van hulpverlening. Deze kritiek richt zich vooral op de individualisering van de problemen, de sociale aanpassing van de cliënten en de bureaucrativering van de instellingen. Op veel plaatsen ondernemen psychiaters, psychologen, therapeuten en andere hulpverleners pogingen om tot een andere manier van werken te komen. Deze kritische beweging leidde onder meer tot het ontstaan van de alternatieve hulpverlening en, eerder, tot de opkomst van de antipsychiatrie.

Dit boek handelt over een deel van deze beweging, de politiserende hulpverlening, waar zowel in de diagnose als in de behandeling nadrukkelijk verband wordt gelegd tussen de problemen van cliënten en de maatschappelijke en situationele achtergronden ervan. De auteur onderzoekt allereerst de meest fundamentele vooronderstelling van de politiserende hulpverlening, nl. de relatie tussen maatschappelijke omstandigheden en individuele problemen. Hij inventariseert de relevante onderzoeksgegevens en geeft een kritisch overzicht van de uiteenlopende manieren waarop deze geïnterpreteerd worden. Vervolgens wordt nagegaan welke plaats de politiserende hulpverlening inneemt ten opzichte van andere benaderingen en waaruit haar identiteit bestaat. Het derde en laatste deel is gewijd aan de taken en werkwijzen van de politiserende hulpverlening; hierbij ligt de nadruk op de onderwerpen preventie en groepswerk.

Dit boek is bedoeld als een inleiding en eerste oriëntering voor al wie zich met politiserende hulpverlening wil bezighouden (of ermee te maken krijgt). Het geeft een nuchtere en overzichtelijke uiteenzetting van de mogelijkheden en onmogelijkheden van deze benadering. Daarbij worden tal van argumenten naar voren gebracht die het belang van deze aanpak — vooral voor de cliënten — onderstrepen.

----- end of text -----

This publication is made available in the context of the history of social work project.

See www.historyofsocialwork.org

It is our aim to respect authors' and publishers' copyright. Should you feel we violated those, please do get in touch with us.



Deze publicatie wordt beschikbaar gesteld in het kader van de canon sociaal werk.

Zie www.canonsociaalwerk.eu

Het is onze wens de rechten van auteurs en uitgevers te respecten. Mocht je denken dat we daarin iets fout doen, gelieve ons dan te contacteren.

----- einde van de tekst -----