

---

# SOCIALE PSYCHIATRIE ALS REFERENTIEKADER VOOR DE SOCIAAL PSYCHIATRISCHE VERPLEEGKUNDE

## Inleiding

In deze notitie worden de sociaal psychiatrische uitgangspunten – in Nederland beschreven en geformuleerd in de laatste halve eeuw - weer in de schijnwerpers gezet om als uitgangspunt te dienen voor het curriculum van de zeven gezamenlijke MGZ-GGZ opleidingen. Het Landelijk Overleg Opleiding MGZ heeft aan een werkgroep opdracht gegeven om een kaderstellend document te ontwikkelen. De opdracht werd ingegeven door de volgende ontwikkelingen:

- Een steeds complexer wordende GGZ (vermaatschappelijking);
- De komst van de nieuwe kwalificatiestructuur voor het verplegend en verzorgend onderwijs;
- Het vernieuwde profiel van de NVSPV;
- De registratie tot gespecialiseerd verpleegkundige.

Tegelijkertijd werd duidelijk dat de opleiding, in tegenstelling tot vele geruchten die in het land circuleren, **niet** zal worden opgeheven. Dit jaar werden alle MGZ-opleidingen door de HBO-raad gevisiteerd, de uitslag hiervan wordt eind van dit jaar openbaar gemaakt. De werkgroep, bestaande uit vertegenwoordigers van de MGZ-GGZ opleidingen, vond het van belang om te starten met een beschrijving van de sociale psychiatrie. De auteurs hebben vanuit bovengenoemde aanleiding een literatuurstudie verricht waarvan dit artikel een weergave is.

Verduidelijking van het begrip sociale psychiatrie is om twee redenen noodzakelijk. Ten eerste dient het

theoretisch fundament van het curriculum verhelderd te worden; sociale psychiatrie is hét kernbegrip. In de tweede plaats blijkt de ontwikkeling van nieuwe zorgvormen het wenselijk te maken dat omschreven wordt welke plek de sociaal psychiatrische verpleegkunde inneemt in het veld van de geestelijke gezondheidszorg.

Sociale psychiatrie en sociaal psychiatrische verpleegkunde worden doorgaans in één adem genoemd.

### ***De heer Ben Venneman***

*Auteur is sociaal psychiatrisch verpleegkundige en werkzaam als docent MGZ-GGZ Saxion Hogeschool Enschede*

### ***Mevrouw Ivonne van der Padt***

*Auteur is sociaal psychiatrisch verpleegkundige en werkzaam als docente MGZ-GGZ Hoge-*

Sociale psychiatrie c.q. sociaal psychiatrische verpleegkunde worden bovendien veelal gekoppeld aan een extramuraal setting. Door de transmuralisering van de geestelijke gezondheidszorg is het werken in de extramuraal sector niet langer voorbehouden aan sociaal psychiatrisch verpleegkundigen en sociaal psychiaters. Sociale psychiatrie en sociaal psychiatrische verpleegkunde zijn echter niet gebonden aan een setting, het is een specifieke werkwijze,

met een eigen visie en methode, specifieke kennis, vaardigheden en houdingen. De sociale psychiatrie heeft een eigen plaats in de ontwikkelingen van de geestelijke gezondheidszorg en deze moet behouden blijven, juist bij een verder gaande transmuralisering van de GGZ. Omdat de specifieke deskundigheid van de sociaal psychiatrische verpleegkunde wordt gevormd vanuit de sociale psychiatrie wordt dit, als één van de aspecten van het referentiekader, verder uitgewerkt. Juist in de komende jaren wordt van sociaal psychiatrisch verpleegkundigen verwacht dat de Sociale Psychiatrie als uitgangspunt wordt gebruikt bij de eigen visie op en aanpak van GGZ-problematiek.

### **Het begrip Sociale Psychiatrie in de loop van haar geschiedenis**

In verschillende publicaties wordt benadrukt dat sociale psychiatrie een begrip is, dat een voortdurende discussie aanwakkert. Daarnaast zou het gaan om een te ruim, vaag en verwarrend begrip. Wordt de toevoeging "sociaal" als een pleonasme betiteld en gaat het om een ideologie, gedachtegoed en een omgangsvorm (Querido 1952; Goldston 1965; Kuipers 1973; Offerhaus 1993). De laatste jaren laat een ontwikkeling zien van actief handelen en zoeken naar de identiteit van de sociale psychiatrie (Kok & Donker 1996). Volgens Van Londen (2001) bestaat sociale psychiatrie niet meer in de vorm van 30 jaar geleden, en lijkt in een dal te zijn geraakt. Oorzaken hiervoor zijn volgens hem: gebrek aan wetenschappelijk fundament voor het aanbrengen van veranderingen in de samenleving uit preventieve overwegingen, focus op biologische, biomedische en technologische aspecten en minder aandacht voor de psychodynamiek, en tot slot het feit dat het begrip 'sociaal' is

veranderd, met haar tijd is mee gegaan en dus andere accenten vraagt.

Maatschappelijke ontwikkelingen, die in de GGZ leiden tot vermaatschappelijking en transmuralisering van zorg, roepen de vraag op waar en wanneer sprake is van sociale psychiatrie, en bij wie men deze werkwijze, benadering of ideologie kan vinden. Waar staat het concept sociale psychiatrie voor en welke aspecten vormen het referentiekader voor sociaal psychiatrisch verpleegkundigen?

Voor een antwoord vormen de opvattingen van Querido een goede bron. Tijdens zijn werkzaamheden (1923) in het laboratorium van Walter Cannon in Boston stuitte hij op het universele ordeningsprincipe homeostasis: 'krachten in de levende natuur bestaan bij de gratie van tegenkrachten'. Onder homeostasis moet niet alleen de innerlijke mens in biologische zin, maar ook de sociale en psychologische aspecten gezien worden. Querido was werkzaam in intramurale psychiatrie (Endegeest) en hij zag het ordeningsprincipe van homeostasis bij patiënten en artsen als krachten en tegenkrachten, 'waarbij het doel van deze schijn-homeostasis was de waanzinnigen uit te stoten, te verbannen, en de waanzin van zijn zin te ontdoen' (Gersons 1981). Na zijn ervaringen in de ambulante psychiatrie legde hij de basis voor de sociale psychiatrie uitgaande van het homeostasis begrip van krachten en tegenkrachten. Querido (1949) omschrijft dit als volgt: "De sociale psychiatrie projecteert niet, zoals de klinische psychiatrie doet, het individu tegen de achtergrond van persoonlijke relaties; zij tracht een beeld te ontwerpen van het samenspel van krachten en verhoudingen, waarin het individu een complex van factoren is,

één knooppunt, niet meer en niet minder”.

J.P.Kuiper (1974) formuleert in een omschrijving van sociale psychiatrie expliciet de wisselwerking tussen mens en maatschappij: “die wetenschappelijke en praktische activiteit, die zich richt op de wisselwerking tussen gezondheidszorg en samenleving – mede ter bespoediging van de vermaatschappelijking van der

gezondheidszorg – en op de verbetering van mens-milieurelaties op micro-, meso-, en macroniveau voor het gezonde bestaan”. Het woord “sociaal” wordt met bovenstaande tot één van de kernbegrippen, in zoverre het verwijst naar de wisselwerking tussen persoon en samenleving. Hij formuleert vijf uitgangspunten bij sociale psychiatrie:

- Het in diagnostiek en therapie betrekken van iemands gezin en maatschappelijke situatie;
- Voor- en nazorg van psychiatrische patiënten;
- Sociotherapie in de psychiatrische inrichtingen;
- Epidemiologie;
- Bestudering van de maatschappelijke processen die psychische klachten veroorzaken en beïnvloeding daarvan.

Volgens Trimbos (1975) ontwikkelde de sociale psychiatrie zich als een “sociaal model” in de psychiatrie. Waarbij de sociale psychiatrie opereert op de grens van geneeskunde en sociale wetenschappen. Uitgangspunt is niet alleen psychiatrische toestandsbeelden beschouwen vanuit medisch standpunt, maar ze tevens tegen de achtergrond van een interactionele en sociale context te plaatsen.

Maatschappijproblemen, sociale fenomenen, kunnen ook medeverantwoordelijk zijn voor de geestelijke nood.

Romme (1981) benadrukt de grote diversiteit van betekenissen voor het begrip sociale psychiatrie, wat het formuleren van een eenduidige en allesomvattende definitie moeilijk maakt. Hij kiest voor het aangeven van een aantal hoofdlijnen: sociale psychiatrie als benaderingswijze, als praktisch werkveld en als cultuurgebonden conceptie.

De benaderingswijze staat voor het beschrijven van een theoretische verklaring van problemen in de geestelijke gezondheid, waarbij de nadruk wordt gelegd op de relatie tussen de “sociale situatie” en het ontstaan/voortbestaan van dergelijke problemen (armoede is een voorbeeld van zo’n sociale situatie). Met praktisch werkveld wordt verwezen naar de toepassing van sociaal-psychiatrische werkwijzen en methoden voor de behandeling van psychische problemen.

De verwevenheid en nauwe relatie tussen cultuur en geestelijke gezondheid(zorg) is de derde rode draad. Romme refereert onder andere aan het feit dat in andere culturen mensen andere geestelijke gezondheidsproblemen hebben. De cultuur kan de ontstaansvoorwaarde zijn voor problemen. Daarnaast gaan van de cultuur ook preventieve en therapeutische invloeden uit.

Romme (1981) beklemtoont ook de bijdrage van de sociale psychiatrie aan de oplossing van geestelijke gezondheidsproblemen door het beschrijven en in het praktische werkveld beïnvloeden van processen waardoor ten gevolge van maatschappelijke verhoudingen ziekte toestanden ontstaan of verergeren. Het ziektebeeld op zichzelf is hierbij niet het uitgangspunt maar veeleer de wisselwerking van de cliënt mét zijn

ziekte en de omgeving, en de invloed van de omgeving op de persoon met zijn handicaps ten gevolge van ziekte. De situatie van waaruit problemen zich voordoen bij mensen, is de aangewezen situatie om een oplossing te bieden, van daaruit wordt een strategie gekozen. Allereerst moet een ordening worden aangebracht waarbij de systeemtheorie de beste mogelijkheid biedt. Die theorie bekijkt van laag tot laag op welk niveau iets aan de hand is, en welke interventie daar het best bij past. Het is van belang om interventies te plegen die de omgeving kunnen beïnvloeden. Deze interventies dienen ertoe om, gegeven de handicaps van de cliënt, te bekijken hoe hij zo goed mogelijk kan deelnemen aan de maatschappij. Vervolgens wordt via preventie voorkomen dat deze processen voortduren, zich herhalen of verergeren.

Naast sociale psychiatrie als praktijkveld, is er ook sprake van sociale psychiatrie als omgangsvorm. Offerhaus (1993) beschrijft beeldend hoe het "gewoon doen" zich kan manifesteren in de praktijk. Ook geldt dat sociaal psychiatrische hulp in de omgang zijn beperking laat zien en voelen, er zijn grenzen in behandelen en oplossen van problemen. De eigen omgeving heeft vaak een grote potentie bij de het zoeken naar oplossingen. Kortom, in de omgang met mensen met problemen zijn gewoonheid, bescheidenheid en terughoudendheid essentiële ingrediënten. Van Hoof en Wolf (1995) beschreven de benaderingswijze van de sociaal psychiatrisch verpleegkundigen als volgt: "de vanzelfsprekende, alledaagse omgang met cliënten, oog voor de omstandigheden en voor de consequenties van die omstandigheden voor de cliënt, en de praktische vaardigheden om op basis van dat

directe contact de belangen van die cliënt te behartigen en te verdedigen."

Het sociaal psychiatrisch gedachtegoed bepaald mede de houding en attitude. Een houding die gevoed wordt door een van de belangrijke principes van de sociale psychiatrie: de hulpverlening ter stond en ter plekke beginnen, waarbij de persoon (en) met de hulpvraag op de eerste plaats mens en burger is. Daar waar nodig grenzen herstellen, of begrenzingen aangeven. Soms nog "even niet ingrijpen", de chaos "even zijn werk laten doen", allemaal vormen van omgaan met mensen in moeilijke en problematische situaties. Inzet is om mensen met (acute) psychiatrische problemen, die deel uitmaken van de samenleving, door een tijdige en adequate interventie op te vangen, te helpen, en verder leed voor henzelf en voor hun naasten te voorkomen (Gersons, 1986).

In de basishouding komt tot uitdrukking dat elke situatie, klacht, probleem een eigen oplossing vraagt, er geen allesomvattende antwoorden zijn en dat elke oplossing een relatieve is. Sociale psychiatrie vraagt van de hulpverlener menselijkheid en inzicht, kennis, flexibiliteit en creativiteit. Vanuit dilemma's komen tot keuzes, keuzes die aansluiten bij de situatie en de daarin acterende personen en gebaseerd op een breed palet van theoretische kennis. Een situatie die zoveel mogelijk positieve gevolgen heeft en zo weinig mogelijk negatieve. Kortom: het omgaan met mensen met hulpvragen wordt mede bepaald door zorgvuldigheid en terughoudendheid bij het zoeken van een standpunt, een raster dat het beste lijkt te passen bij de situatie en een omgaan met de verschillende aspecten van die situatie, waarbij men voortdurend oog heeft voor de dilemma's die in elke opstelling en

keuze zijn gebonden. In de werkwijze en de inzet van methodiek blijkt dat een grote mate van beweeglijkheid en flexibiliteit ruimte biedt voor creativiteit voor eigen en nieuwe benaderingen of interventies (Offerhaus, 1993).

Ormel (1997) benadert de sociale psychiatrie vanuit een academische hoek en geeft in zijn oratie een vijftal aspecten aan die richtinggevend zijn voor het bestuderen van de (academische)sociale psychiatrie:

- Psychosociale etiologie; welke psychologische en sociale factoren veroorzaken direct of indirect psychische stoornissen?
- Psychosociale pathogenese; hoe worden ontregelingen op psychologisch en sociaal niveau in gang gezet en gehouden?
- Psychosociale preventie en behandeling; hoe kunnen psychische stoornissen met psychologische en sociale interventies worden voorkomen, genezen of beperkt?
- Psychosociale mechanismen; waarom werken psychologische en sociale interventies?
- Organisatie van de zorg; hoe kan de zorg voor mensen met psychiatrische problematiek het beste geleverd en georganiseerd worden.

Ormel breekt in zijn oratie een lans voor het opheffen van het gebruik van etiketten zoals sociale psychiatrie en biologische psychiatrie. Hij stelt dat psychiatrie geheel biologisch én geheel sociaal is. Etiketten stimuleren in zijn ogen verdeeldheid in plaats van samenwerking. Samenwerking en afstemming die nodig is om juist de meest kwetsbare mensen in de samenleving die moeite hebben met het leven op te vangen, te begeleiden. De sociale gevolgen van psychische stoornissen zijn enorm. Ze zijn de belangrijkste bron van onwelbevinden

en geestelijke pijn en vormen een grote belasting voor de naaste omgeving van een cliënt. Hij omschrijft de sociale psychiatrie als een omvangrijke verzameling van aspecten, methoden en visies. Hij bepleit niet de heterogeniteit maar de multidisciplinaire benadering in de psychiatrie. Een benadering waarbij verschillende wetenschappelijke richtingen samenwerken om het GGZ- aanbod te verstevigen.

Kok en Donker (1996) die in opdracht van de sectie sociale psychiatrie van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie het begrip Sociale Psychiatrie in kaart brachten om het te verhelderen en te expliciteren, formuleerden vijf kenmerkende facetten.

Deze vormen met elkaar en in samenhang de sociaal psychiatrische identiteit:

- De sociale psychiatrie streeft als doel na het voorkomen dat bepaalde groepen patiënten in de samenleving worden gemarginaliseerd en uitgestoten;
- De sociale psychiatrie kenmerkt zich door de aandacht die zij heeft voor de sociale en de epidemiologische context waarin psychiatrische problematiek zich ontwikkelt en voordoet;
- In de sociale psychiatrie gaat het principieel niet om de individuele cliënt/patiënt, maar altijd om de cliënt in zijn maatschappelijke en sociaal-culturele context;
- Sociale psychiatrie wordt gekenmerkt door flexibiliteit; enerzijds biedt het langdurige hulp (met een wisselende intensiteit), anderzijds biedt sociale psychiatrie ook crisisinterventie, revalidatiemogelijkheden en psycho-educatie. Daarnaast is er expliciet aandacht voor de inbreng en de

keuzevrijheid van cliënten;

- Sociale psychiatrie heeft aandacht voor de praktische problemen van het cliëntensysteem.

### **Vijf kenmerkende uitgangspunten van sociale psychiatrie**

In de volgende paragraaf worden de vijf meest kenmerkende uitgangspunten volgens Kok en Donkers (1996) van sociale psychiatrie toegelicht.

### **Tegengaan van marginalisering en uitstoting**

In onze maatschappij worden in hoog tempo groepen mensen op een zijspoor gezet. Marginalisering is het proces waarbij mensen uitgerangeerd dreigen te raken en het gevoel kunnen krijgen sociaal overbodig te zijn (Baart, 1998). Het gaat om groepen mensen die een meervoud hebben aan problemen: een gering probleemoplossend vermogen, een gebrekkig sociaal netwerk, maatschappelijke problemen (huisvesting, financiën en ontbreken van zinvolle dagvulling). In het sociaal functioneren van deze mensen blijft de kwetsbaarheid op lichamelijk, psychisch en maatschappelijk gebied hen achtervolgen.

Sociaal psychiatrische zorg dient een antwoord te formuleren op de maatschappelijke uitstoting, de gevoelens van sociale overbodigheid. Overbodigheid die ook de menselijke waardigheid aantast. Sociaal psychiatrische hulpverlening dient marginalisering en uitstoting maatschappelijk bespreekbaar te maken. In praktische zin ontstaan thans verschillende projecten "vangnet en advies", "overlastprojecten" en "bemoeizorg". Voor werkers in de sociale psychiatrie en sociaal psychiatrisch verpleegkundigen geldt dat ze bij het organiseren en meewerken aan bemoeizorgachtige hulpverlening

kritisch blijven op de functie ervan.

Nieuwe vormen van zorg kunnen immers ongewild problemen van cliënten individualiseren, en daarmee op termijn het marginaliseringsproces bevestigen en bestendigen.

### **Geestelijke gezondheidsproblemen plaatsen in een epidemiologisch perspectief**

Geestelijke gezondheidsproblemen worden niet als een op zich zelfstaande entiteit beschouwt. Het epidemiologisch perspectief verschaft

- informatie om een beeld te krijgen van de grootte, aard en plaats van de problemen van een populatie;
- de samenstellende delen van het probleem te onderkennen;
- mogelijke risicogroepen te lokaliseren en;
- in te schatten welke mogelijkheden voor preventie of behoeften aan behandeling en voorzieningen aanwezig zijn (Romme & Bauduin, 1976).

Met andere woorden naast de wisselwerking is het in kaart brengen van alle gebeurtenissen en voorwaarden, die tot een stoornis (op individueel en groepsniveau) kunnen leiden, van belang. Maar ook een relatie te leggen met risicofactoren en het ontstaan, voortbestaan en beschermende factoren van klachten. Bovendien geeft een epidemiologisch onderzoek gegevens die in preventieve zin ingepast kunnen worden in behandeling en begeleiding. Ormel (1997) geeft als voorbeeld het omgaan met kwetsbaarheid van mensen. In de dagelijkse sociaal psychiatrische praktijkvoering komen we kwetsbaarheid als begrip veelvuldig tegen. We merken op dat mensen met psychische problemen een soort kwetsbaarheid hebben. Hoewel er nog weinig bekend is over de invloed van

kwetsbaarheid op het ontstaan en voortbestaan van psychische klachten blijkt in de praktijk van de sociale psychiatrie dat dit fenomeen een essentiële factor is bij het begeleiden van cliënten.

**Wisselwerking tussen het individu en de omgeving**

In de sociale psychiatrie staat de wisselwerking tussen het individu en zijn omgeving centraal. De nadruk ligt op het feit dat gezondheid en ziekte, materiële en immateriële problemen zich voordoen in wisselwerking met het omringende milieu. Daarbij is het individu onderdeel van een samenspel van krachten en tegenkrachten, verhoudingen in maatschappelijke structuren, waarden en normen. De wisselwerking wordt ook omschreven als het interactionele veld waarin het individu en zijn directe omgeving zich bevinden. Gesteld kan worden dat het ontstaan en voortbestaan van geestelijke gezondheidsproblemen zich altijd voordoen in relatie tot de sociale situatie van het individu. De cultuur-gebonden aspecten vormen een onlosmakelijk onderdeel van de wisselwerking en de wijze waarop problemen of klachten, ontstaan, voortbestaan en beleefd worden. In de sociale psychiatrie gaat men ervan uit dat in de wisselwerking en het ontstaan en voortbestaan van psychische of psychiatrische problematiek geen sprake is van lineaire causaliteit. Denken en handelen in termen van circulaire causaliteit maakt het mogelijk om probleemgedrag vanuit verschillende, complexe verbanden te beoordelen en de wederzijdse beïnvloeding te verhelderen. Bij geestelijke gezondheid gaat het om het evenwicht tussen individu en de omgeving, hetgeen zich uit in:

- Een positief gevoel van welzijn;
- Gebruik maken van individuele

bronnen zoals een positief zelfbeeld, gevoel van eigenwaarde, optimisme en gevoel van overzicht en samenhang, en zelfbepaling;

- Het kunnen ontwikkelen en onderhouden van persoonlijke relaties;
- Het kunnen omgaan met tegenspoed (veerkracht).

(Lavikainen J, et. al., 2000)

Geestelijke gezondheid raakt ook de kern van de menselijk existentie: het wezenlijke verlangen om bij te dragen aan het welzijn van de ander. Meer negatief verwoord; ieder van ons heeft een fundamentele angst dat hij niet de moeite waard is, niets voorstelt; dat hij afgewezen wordt als hij zijn ware gezicht laat zien. Voor veel psychiatrische patiënten is deze angst werkelijkheid geworden; het geloof om iets voor de ander te kunnen betekenen is weggezakt in wanhoop. Het algemene menselijke dilemma speelt op de achtergrond mee: hoe realiseer ik mijn eigenheid zonder dat het contact met de ander verloren gaat.

Geen verbondenheid leidt tot isolement, geen autonomie leidt tot vervreemding. Psychopathologie kan men in deze zin ook interpreteren als (overlevings)-gedrag, bedoeld om op een speciale, persoonlijke manier invulling te geven aan autonomie en verbondenheid.

**Hulpverlening gericht op de persoon en de context**

Het algemene streven in de geestelijke gezondheidszorg is er op gericht om klinische opnamen te beperken de behandeling zoveel mogelijk ambulante of transmuraal te laten plaatsvinden. De vraag die zich hierbij voordoet is welke consequenties dit heeft voor de sociale psychiatrie. Zoals al werd gesteld bleek de setting in het verleden mede bepalend om te kunnen spreken van sociale psychiatrie. Uit het voorgaande

blijkt echter dat sociale psychiatrie meer omvat dan de setting: sociale psychiatrie als benaderingswijze en als praktijkveld. De hulpverlening binnen de sociale psychiatrie kent drie te onderscheiden terreinen van activiteiten (Van de Beek, 1991): behandeling (cure), zorgverlening (care) en voorwaardelijke activiteiten of zorgcoördinatie (casemanagement). De behandeling richt zich primair op de klachten en problemen die direct samenhangen met de psychische of psychiatrische stoornis. Vanuit de systeemtheorie geredeneerd is het algemene doel niet alleen herstellen van het evenwicht, maar eerder een langdurige en/ of blijvende verandering te bewerkstelligen.

Bij zorgverlening gaat het om alle activiteiten die tot doel hebben het psychisch leed, gezien vanuit de sociaal-culturele context, draaglijk te maken. Met als uiteindelijk doel 'een vlottend evenwicht in stand te houden en de eigen identiteit te handhaven'. De sociaal psychiatrische hulpverlening gaat uit van de eenheid van lichaam en psyche, en een wezenlijke verbondenheid met de leefsituatie. In de leefsituatie kunnen er (te) hoge eisen worden gesteld aan mensen waardoor het evenwicht tussen de biologische, psychologische en sociale aspecten worden verstoord, en klachten kunnen ontstaan. Afhankelijk van de persoon, de leefsituatie en de ernst van de verstoring kunnen de klachten tijdelijk zijn, maar zij kunnen ook ontaarden in stoornissen. Interventies worden gekozen op basis van een grondige analyse van de aard van de verstoring van het evenwicht. Aanknopingspunten voor het handelen van de hulpverlener worden dus niet alleen bepaald door de klacht of stoornis zelf.

In de omschrijving van Van de Beek vallen deze interventies dus onder care

en casemanagement. Het behandelen moet gezien worden als onderdeel van het totale aanbod van hulpverlening.

Vanuit de sociale psychiatrie wordt onderzocht of klachten ontstaan vanwege lichamelijke, psychische, sociale of psychiatrisch problemen met speciale aandacht voor de dynamiek. Het gaat dan om wederzijdse beïnvloeding van geestelijke gezondheidsproblemen bij mensen en hun verwevenheid met maatschappelijke groepen en systemen. Vanuit de sociale dynamiek en de maatschappelijke context kan het ook voorkomen dat de sociaal psychiatrische hulpverlening zich richt op psychiatrische patiënten die zelf niet actief hulp zoeken (bemoeizorg). Onder andere middels het outreachend werken (komen en werken bij de mensen thuis) en vormen van crisisinterventie, bemiddeling naar familie en instanties, initiëren en coördineren van zorg door andere instellingen wordt bovenstaande gestalte gegeven. Het kwartiermaken (Kal, 2001) en het ontwikkelen van maatschappelijke steunsystemen (Onderwater, 2001) staan ook voor een benadering om de sociale integratie van mensen met een psychiatrische achtergrond te ondersteunen.

### **Hulpverlening gericht op meerdere niveaus van functioneren**

Vanuit sociaal psychiatrisch oogpunt vraagt elke hulpvraag of probleem om het verhelderen van de klacht binnen een totale leefsituatie. De wisselwerking tussen de verschillende niveaus van functioneren geeft een multi-dimensionaal beeld van de klacht. Bij het verzamelen van gegevens zal het accent dus liggen op de wisselwerking tussen het lichamelijke niveau, het individuele niveau, het niveau van de kleine groep en het maatschappelijk niveau.



In de sociaal psychiatrische behandeling of aanpak is de strategie gericht op het verbeteren van het functioneren van het individu (of groepen) individuen binnen zijn (hun) sociale situatie. De daarbij te hanteren methoden worden afgewogen op het effect dat ze (uiteindelijk) zullen hebben op de wisselwerking tussen individu(en) en omgeving.

Kenmerkend is dat de hulpverlener hierbij oog heeft voor de problemen die zich voordoen op de grensvlakken: overgangen tussen psychiatrie en politie/justitie; ambulante – klinische en verslavingszorg. De strategieën afweegt en uitvoert in samenwerking met andere (relevante) disciplines, zoals maatschappelijk werk, thuiszorg, politie, DAC's etc.

### Samenvatting

Het begrip sociale psychiatrie heeft door de jaren heen een eigen koers gevaren. Als benaderingswijze, als praktisch werkveld en als een cultuurgebonden concept.

Kernachtig beschrijven De Leeuw, Onderwater en Van der Padt (1999) hoe de sociale psychiatrie zich onderscheidt van andere vormen van psychiatrie.

Het gaat om cliënten in hun maatschappelijke en sociaal-culturele context, hun behoeften en die van de directe omgeving; familie, sociale en

professionele netwerk. Er wordt uitgegaan van een actieve bemoeienis van de hulpverleners met allerlei risicogroepen. Er is aandacht voor de sociaal-culturele context waarin psychische problematiek zich ontwikkelt en men probeert maatschappelijke uitstoting en marginalisering van bepaalde groepen tegen te gaan. Sociale psychiatrie onderscheidt zich door een kritische houding van andere vormen van psychiatrie, het ziektemodel staat niet voorop. Ook beschouwt men het als een taak van de sociale psychiatrie het publiek bewust te maken van de maatschappelijke invloed van problemen. Sociaal psychiatrische hulpverlening wordt gekenmerkt door samenwerking met zowel maatschappelijke instellingen als de klinische psychiatrie en is niet beperkt tot een bepaalde behandel-setting. Het flexibel georganiseerde hulpaanbod – waar nodig outreachend, langdurige hulp met wisselende intensiteit, crisisinterventie, psycho-educatie en rehabilitatie – vergt flexibele hulpverleners die creatief en praktisch zijn ingesteld. De focus van de sociale psychiatrie ligt ook op praktische problemen. Niet alleen de draagkracht van het sociale systeem wordt beoordeeld, er is ook oog voor de materiële omstandigheden van de cliënten. Belangrijk is vooral de inbreng, medezeggenschap en keuzevrijheid van hun cliënten.

---

## Literatuurlijst

- Baart, A.J. (1998) Zorg geven aan armen: de opgave naderbij te komen, In: *Sociale Overbodigheid*. Layendecker L. e.a., KSGV, Nijmegen, pa. 50 – 98.
- Beek van de H. (1991) *Tussen zorgen en behandelen; ontwikkelingen in de sociaal-psychiatrische hulpverlening*, NcGv-91-13.
- Gersons, B.P.R. (1977) *De konsultatieve-methode in de preventieve psychiatrie*. Sociale en culturele reeks, Samson, Alphen aan den Rijn.
- Goldston, S.E. (1965) *Concepts of community psychiatry*. A framework for training, Bethesda, PHS-publicatie.

- Henselmans, H. (1993) *Bemoeizorg; ongevraagde hulp voor psychotische patiënten*, Eburon, Delft.
- Kal, D., (2001), *Kwartiermaken; voor sociale integratie van mensen met een psychiatrische achtergrond*, Boom, Utrecht.
- Kok, I., Donker, M.C.H., (1996) *Sociale Psychiatrie; een concept in kaart gebracht*, NcGv, Utrecht.
- Kuiper, P.C. (1974) *Hoofdsom der Psychiatrie*, Bijleveld, Utrecht, 2<sup>e</sup> druk.
- Lavikainen, J., (2000), *Public health approach on mental health in Europe*, Stakes, Europese Commissie.
- Leeuw de. M, C.J.M. Onderwater, I. van der Padt, (1999) Verpleegkundigen, verantwoordelijke partners in de GGz. In: *MGV- 54-4*, 369- 375.
- Londen, J. van (2001) *Opkomst en neergang van de sociale psychiatrie*. Trimboslezing 2001, Utrecht: Trimbosinstituut.
- NVSPV, 1998, *Profiel Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige*, red. B.J.M. Venneman, Utrecht.
- Offerhaus, R. E., 1993, *Omgaan met mensen*; Sociale psychiatrie, AMBO, Baarn.
- Onderwater, K., (2001), De ontwikkeling van een maatschappelijk steunsysteem in Westerpark, *MGV, nr 1.*, 37-46.
- Ormel, J., 1997, *Kwetsbare mensen*, Oratie bij aanvaarding van Leerstoel Sociale Psychiatrie aan Faculteit der Medische Wetenschappen, Rijksuniversiteit Groningen.
- Romme, M.A.J., Bauduin, D., 1976, *Psychiatrische epidemiologie; over onderzoek naar de spreiding van geestesziekten*, AMBO, Baarn.
- Romme, M.A.J., Kraan H., Rotteveel R., 1981, *Wat is sociale psychiatrie?; een inleiding*. Sociale en culturele reeks, Samson, Alphen aan den Rijn.
- Trimbos, K., 1975, *Antipsychiatrie; een overzicht*, Van Loghum Slaterus.