PREVENTIE, DE JANUSKOP VAN DE AMBULANTE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

Een handelingspsychologische visie

W. Schaufeli
J. Schoenmakers
J. van Weeghel
J. Zeelen

VOORWOORD

Onderstaand artikel, waarin de meerduidigheid ("januskop") van de theorie en de praktijk van de preventie aan de orde wordt gesteld en waarin tevens een poging wordt ondernomen om vanuit een handelingstheoretisch perspektief vorm te geven aan een progressieve ontwikkeling van de preventie, is het resultaat van een serie intensieve diskussies tussen de vier auteurs.
Twee van hen zijn werkzaam in de praktijk van de geestelijke gezondheidszorg, de beide anderen zijn verbonden aan de universiteit, waar ze zich met onderzoek en theorievorming ten aanzien van de geestelijke gezondheidszorg bezighouden. De gemeenschappelijke doelstelling van de auteurs is om bij te dragen aan een verdere demokratisering en verwetenschappelijking van de praktijk van de geestelijke gezondheidszorg, hetgeen eveneens tot uitdrukking komt in de diverse artikelen die reeds van hun kant zijn verschenen (1).
In dit artikel komen zowel de theorie als praktijk aan bod. Dit moet niet zo begrepen worden dat de aan het eind beschreven preventiepraktijk met arbeidsongeschikten een direkte toepassing vormt van de handelingstheoretische uitgangspunten.
Integendeel, het blijkt juist steeds weer in de praktijk van de hulpverlening dat vaak heel intuïtief en nog onsystematisch vruchtbare inzichten en methodieken ontwikkeld worden die voor verdere theorievorming van essentieel belang kunnen zijn.
Het artikel is dan ook een poging om middels een "pendelverkeer" praktijkervaringen en theoretische inzichten op elkaar te betrekken.

1. INLEIDING

De financiering van de preventie van de ambulante geestelijke gezondheidszorg (AGGZ) is per 1 januari 1982 geregeld via de Algemene Wet Bijzondere Zieketekosten (AWBZ). Dit besluit heeft voor de verdere ontwikkeling van de preventie nogal wat konsekwenties. In de voorlopige erkenningsvoorwaarden wordt preventie namelijk omschreven als "aktiviteiten in de zin van probleembenadering, gericht op aanwijsbare risicolopende groepen". Deze omschrijving is in het preventiewereldje met gemengde gevoelens ontvangen. Bovengenoemde omschrijving weerspiegelt in feite uitsluitend de sterk op de kuratie gerichte individualiserende preventie-opvatting. In de afgelopen 10 jaar hebben een aantal preventiewerkers zich daarentegen sterk gemaakt voor een meer emancipatorische en politiserende invulling van hun werkterrein. Zij maken zich thans zorgen over de kansen van deze meer kritische preventie-opvatting, temeer, daar bij het tot stand komen van de wet meer dan eens opgemerkt is dat de ziekenfondsen niet van plan zijn om "sociale akties in het ziekenfondspakket" op te nemen (2).

Wanneer we de literatuur en de diskussies over preventie van de afgelopen 10 jaar overzien, dan lijkt het of preventie de janus-kop van de AGGZ is: het ene gezicht weerspeigelt uitdrukkingen als individualiserend en afhankelijk makend. Het andere gezicht weerspiegelt uitdrukkingen als emanciperend, politiserend en maatschappijveranderend. Met andere woorden: is preventie de zoveelste uitvinding op de "markt van welzijn en geluk" zoals Achterhuis (1979) ons wil doen geloven? Of zou preventie juist de gepolitiseerde maatschappijkritische tak van de AGGZ-boom moeten worden?
In deze bijdrage willen wij vanuit een handelingspsychologisch perspektief de verschillende opvattingen over preventie kritisch onder de loep nemen. Daarna willen wij een handelingspsychologische visie op preventie ontwikkelen die een aanzet kan zijn tot het geven van een eigen (nieuw) opzicht aan de preventie. Wij willen onze uitgangspunten illustreren aan de hand van een bestaand preventieprojekt rond arbeidsongeschiktheid dat door een van ons in de wijk oud-west in Amsterdam is opgezet. Omdat dit arbeidsongeschiktheidsprojekt niet los gezien kan worden van de buurten waarin het tot ontwikkeling kwam, starten we ons verhaal dan ook met een schets van het alledaagse leven in het door de huidige ekonomische krisis geteisterde oud-west.

2. OUD-WEST EN DE EKONOMISCHE KRISIS

Oud-west bestaat uit een aantal arbeidsbuurten, gebouwd rond de eeuwwisseling. Tot het midden van de jaren 60 woonden er nog vrij veel mensen die in deze buurten geboren en getogen waren. Nieuwe buurtbewoners waren pasgetrouwde paartjes, die snel kinderen kregen en gemakkelijk in de buurt integreerden. Het cliché-beeld van het buurtleven in die tijd was kort en bondig samengevat: 's ochtends iedereen vroeg op om aan het werk te gaan, meestal de fabriek. Overdag dronken de vrouwen koffie bij elkaar, 's avonds legden de mannen een kaartje in het buurtcafé. In 15 jaar tijd is dit beeld ingrijpend veranderd. De oude vertrouwde buurt bestaat niet meer. De ekonomische krisis laat vooral in deze buurten diepe sporen na: de broodnodige stadvernieuwing blijft achterwege. Het straatbeeld is ingrijpend veranderd: bejaarde mensen, buitenlanders, rijksgenoten, studenten, krakers. Oud-west bestond altijd al uit arme arbeidersbuurten, door de ekonomische krisis verpauperen deze buurten echter in snel tempo. Een groot deel van de "gewone" (jonge) gezinnen met kinderen, waarvan de man nog werk heeft, trekt weg uit de buurt naar Lelystad, Almere of Purmerend.
Als er een gezin uit een huis wegtrekt komt er meestal een buitenlands gezin voor in de plaats, of het wordt gekraakt. De autochtone buurtbewoners die er wonen zijn vaak werkloos, in de WAO, bejaard, lopen in de bijstand of hebben niet de mogelijkheden weg te trekken. Sommigen willen ook niet weg: een vreemde buurt waar je verder niemand kent is ook geen aantrekkelijk perspektief. Als je met de buurtbewoners praat is bijna iedereen het over één ding eens: de buurt gaat met de dag verder achteruit. Over de oorzaken lopen de meningen uiteen:
er is geen werk meer; het alledaagse leven wordt steeds duurder; de huizen verkrotten; de huren gaan omhoog; geluidsoverlast; de buitenlanders; toenemende kriminaliteit; vervuiling van de straten; overlast van auto's; géén speelmogelijkheden voor kinderen enz. enz.
De mensen beleven de buurten in oud-west al lang niet meer als hun buurt om in te leven. Het lijkt erop of er door de gevolgen van de ekonomische krisis meer een vuilnisvat van problemen van gemaakt wordt. Meer en meer

worden dan ook psychosociale problemen in deze buurt zichtbaar. Een van de taken van de preventiewerker is het signaleren van deze psychosociale problematiek.
Uit gesprekken met hulpverleners in oud-west komt het volgende verhaal naar voren:
Huisartsen, apothekers en fysiotherapeuten signaleren een schrikbarend gebruik van slaapmiddelen en tranquillizers; de spreekuren worden bevolkt door veel mensen met psychosomatische klachten. Het chronisch alkoholgebruik is een veelgenoemd probleem, ook steeds meer onder vrouwen waarbij de hulpverleners ook nogal eens met vrouwenmishandeling gekonfronteerd worden. De buurthuis- en straathoekwerkers geven aan dat het beginnend drugsgebruik onder vooral werkloze arbeidsjongeren hand over hand toeneemt, beangstigend hierbij is dat men steeds vroeger begint. De bejaarden in de buurt raken steeds meer geïsoleerd, vooral als hun partner overleden is of in een verpleegtehuis wordt opgenomen. Ze voelen zich niet langer veilig in hun eigen buurt. Een aantal alleenstaande bejaarden komen nauwelijks meer op straat, hooguit nog voor de meest noodzakelijke dingen, zoals boodschappen doen. Uit bovenstaande gesprekken met hulpverleners in de buurt wordt duidelijk dat de individuele leefsituatie van de bewoners inclusief de psychosociale spanningen nauw samenhangt mat het sociaal-maatschappelijk leefklimaat van de buurt als geheel. Als gevolg van de huidige ekonomische krisis verslechtert het leefklimaat steeds verder. De wijze waarop de buurtbewoners zich hier tegen teweer stellen, verschilt sterk. Soms zien we bemoedigende initiatieven van buurtbewoners die vaak samen met werkers uit de gezondheidszorg en het welzijnswerk, aktiviteiten ontplooien om verbeteringen af te dwingen in het leefklimaat van de buurt:
De krakersbeweging bestrijdt langdurige leegstand van woningen. Er zijn bewonersgroepen die aktie voeren tegen verhoding van huur- en aardgasprijzen: tegen fascistische organisaties; voor renovatie en groenvoorzieningen. In sommige buurthuizen worden aktiviteiten ontwikkeld voor kinderen, jongeren, vrouwen, buitenlanders.
Aan de andere kant zien we echter ook dat een groot deel van de bewoners de greep op hun alledaagse leefsituatie steeds verder dreigen te verliezen en de neiging hebben konflikten te individualiseren.
Deze individualisering komt dan ondermeer tot uitdrukking in allerhande psychosomatische klachten, agressie en verbittering, depressies, alkohol- en drugsgebruik.
Het is dan ook niet toevallig dat wijkagenten in deze buurten steeds vaker gekonfronteerd worden met "psychiatrische gevallen" waarbij ze geen kant uitkunnen, terwijl ze toch echt wel het een en ander gewend zijn.

3. ARBEIDSONGESCHIKTHEID EN PREVENTIE

Uit gesprekken met zowel eerste- als tweedelijnswerkers komt naar voren dat er in oud-west een relatief veel hoger percentage arbeidsongeschikten woont. Dit geldt evenals voor de meeste andere oude Amsterdamse arbeidersbuurten, indien men dit percentage vergelijkt met het landelijk gemiddelde (Vergelijkend buurtonderzoek Amsterdam 1982).
De hulpverleners die in hun werk met arbeidsongeschikten te maken hebben, signaleerden bij deze groep uiteenlopende problemen zoals: sterke neiging tot somatiseren; overmatig alkoholgebruik; verveling; relatie- en echtscheidingsproblemen; problemen met de kinderen; frustraties over de als vernederend ervaren behandeling door ambtenaren van GMD, GAK en andere instanties; (dreigende) "afschatting" en verlaging van van uitkeringen; stigmatisering

door buurtbewoners ("niets-nut", "profiteur"); verlies van kontakt met kollega's, vrienden enz.
Over de vraag of en wat vanuit preventief oogpunt voor arbeidsongeschikten kan worden gedaan, lopen de meningen uiteen. Aan de hand van de diskussies bij de start van het preventieprojekt rond arbeidsongeschiktheid, zullen wij drie verschillende preventieve benaderingen uiteenzetten en aangeven welke problemen die met zich meebrengen.
Tevens formuleren wij daarbij de kritiek die wij nu vanuit onze handelings-psychologische visie op deze drie preventieve benaderingen hebben.

3.1 De kuratieve benadering

Tijdens de diskussies over de opzet van een preventieprojekt, waren een aantal hulpverleners van mening dat de persoonlijke krisissituatie het centrale probleem van de arbeidsongeschikten vormde. Deze krisissituatie ten gevolge van het verlies van werk, werd op één lijn gesteld met een rouwproces waarin een aantal fasen te onderscheiden zijn: shock en apathie; verzet; acceptatie; verwerking en hantering. Deze fasen kunnen respektievelijk gepaard gaan met allerhande klachten en emoties (zie Eyck, 1981). Wanneer zo'n rouwproces niet goed verwerkt wordt, kunnen arbeidsongeschikten steeds verder "afglijden" en zijn psychische stoornissen of zelfs psychiatrische opname niet uitgesloten. Het is dan ook niet toevallig, dat de SPD steeds meer arbeidsongeschikten onder hun kliëntèle tellen. Vanuit preventief oogpunt is het dan ook van belang arbeidsongeschikten in een zo vroeg mogelijk stadium van de krisis te bereiken om hen, individueel of in groepsverband, te begeleiden bij het op gang brengen en verwerken van het rouwproces. Op deze wijze kunnen ernstige psychische stoornissen voorkomen worden. Een duidelijke preventieve doelstelling dus. We zouden bovengenoemde opvatting de eerste en daarmee de klassieke preventie-opvatting, kuratieve preventieve benadering willen noemen.
Kenmerkend voor deze benadering is de preoccupatie met de zogenaamde "risico-groepen". Ook arbeidsongeschikten worden in deze visie tot een dergelijke groep gerekend die "at risk" is. Impliciet aan deze benadering is de suggestie dat de WAO als zodanig de oorzaak vomt van de eventuele psychosociale problematiek. Het gaat binnen dit positivistisch georiënteerd denkkader met ander woorden om het inwerken van schadelijke sociale stimuli die als oorzaak worden gezien van de individuele problematiek. Deze schadelijke stimuli kunnen direkt in de vorm van uitwendige sociale "faktoren" of indirekt in de vorm van individuele predisposities aanwezig zijn. Tegenover het nogal mechanistisch aandoende denken, dat de kuratieve preventie beheerst zouden wij willen benadrukken dat belastingssituaties niet uitsluitend en alleen dienen te worden beschouwd vanuit het perspektief van risico voor pathologie (3).
Pathogeniteit is geen statisch begrip en vormt noch een persoonlijke, noch een aan een situatie verbonden eigenschap, maar moet veeleer gezien worden als een relationeel begrip. Dit begrip drukt het (steeds voorlopige) resultaat uit van een dynamisch en interaktief handelingsproces, waarbij het individu er in geval van psychosociale problematiek niet of slechts zeer gedeeltelijk in is geslaagd om aan diens specifieke levensomstandigheden effektief het hoofd te bieden.

3.2 De humanistische preventiebenadering

Andere hulpverleners bepleitten bij de diskussies over de opzet van het preventieprojekt voor arbeidsongeschikten voor zelfhulpgroepen waarbij het aksent niet primair op de problematische aspekten en de verwerking moeten liggen doch juist op het leren ontdekken van nieuwe ervaringen die het hen mogelijk maken meer ruimte te scheppen voor zelfontplooiing in een leven zonder werk. In plaats van rouwverwerking moet er veel meer aandacht komen voor vrijetijsbesteding, het opnieuw invullen van je relaties met je partner, je kinderen, vrienden enz. Wanneer arbeidsongeschikten ontdekken dat een leven zonder werk, nieuwe groeimogelijkheden biedt, wordt tevens het hardnekkige "arbeidsethos" gerelativeerd: een leven van zwaar en hard werken is uiteindelijk ook niet alles, niet waar?
In de humanistische visie op preventie wordt de mens voorgesteld als een aktieve en zelfverantwoordelijke ontwerper van diens eigen bestaan, die in volle vrijheid die keuzes kan maken, die het meeste perspektief bieden op een volledige zelfontplooiing.
Een dergelijke opvatting wordt impliciet nogal eens gevonden bij hen die aan de zelfhulp bij arbeidsongeschiktheid een grote waarde toekennen. Zo gaat Oud (1981) uit van een (zelf)hulpverleningsmodel waarbij arbeidsongeschikten, via gespreksgroepen komen tot "wederzijdse herkenning" en "onderlinge ondersteuning". De inspanningen zijn echter niet gericht op konkrete en gemeenschappelijke handelingsperspektieven, maar op een puur subjektief psychologische verwerking c.q. aanvaarding van de individuele arbeidsongeschiktheid (4). Uit het oog wordt verloren dat er allerlei, met name maatschappelijke omstandigheden en barrières bestaan, die de gesuggereerde vrije keuzeruimte inperken en daarmee feitelijk ieders ontwikkeling bepalen. In feite wordt er in de humanistische benadering een abstrakt en onmaatschappelijk mensbeeld gehanteerd van een individu dat in "spendid isolation", onafhankelijk van de maatschappelijke verhoudingen en omstandigheden waarin een ieder noodzakelijkerwijs is ingesponnen, probeert tot volledige zelfrealisatie te komen. Relaties met andere mensen worden ondergeschikt gemaakt aan dit persoonlijke streven naar zelfontplooiing. Er is geen sprake van een gemeenschappelijk doel dat vorm, inhoud en betekenis kan geven aan tussenmenselijke relaties, waardoor het solidaire aspekt van tussenmenselijke betrekkingen, dat in en door het gemeenschappelijke handelen ontstaat, uit het zicht verdwijnt.
In de praktijk bleken beide bovengenoemde benaderingen heel moeilijk te realiseren.
In oud-west waren arbeidsongeschikten nauwelijks te motiveren om aan een gespreksgroep deel te nemen, waar ze over hun problemen konden praten en ervaringen uitwisselen. Ze zagen daar de zin niet van in, het sloot kennelijk niet aan bij de behoeften die ze zelf hadden: "Met lullen raak ik mijn problemen toch niet kwijt".
"Hebben jullie ook werk voor me?"
"Ik heb geen zin om de ellende van een ander ook nog eens aan te horen, ik heb zat aan mijn eigen rotzooi".
"Jullie willen altijd over problemen praten; er is toch overal wel eens wat".
"Je moet tegenwoordig overal je problemen bespreken: bij de keuringsarts, je maatschappelijk werkster, op 't arbeidsbureau. Hebben jullie nou eigenlijk ook wat voor me te doen?"

Opvallend was dat arbeidsongeschikten die wel over problemen wilden praten, meestal al langer in de WAO zaten en dat al min of meer geaccepteerd (verwerkt?) hadden. Anderen die flink in 't moeras zaten, gingen aan de drank, of naar de huisarts of psychiater voor pillen. Vanuit preventief oogpunt viel er voor de mensen in een gespreksgroep niet zoveel meer te voorkomen of te groeien.

3.3 De politiserende preventiebenadering

In de diskussies met hulpverleners in de buurt over de vraag hoe vanuit preventief opzicht wel kan worden aangesloten bij arbeidsongeschikten in oud-west, viel nog een andere opvatting te beluisteren die we als de politiserende preventiebenadering zouden willen omschrijven.
Volgens de hulpverleners die zich hiertoe bekennen, moeten preventie-aktiviteiten niet zozeer op de konkrete nood van een of meer arbeidsongeschikten gericht zijn, omdat dit het gevaar van individualisering en aanpassing met zich meebrengt.
Arbeidsongeschiktheid is een maatschappelijk-struktureel probleem dat alles te maken heeft met uitstoting uit een ziekmakend arbeidsproces. Preventiewerkers moeten bij arbeidsongeschikten een bewustwordingsproces op gang brengen door vanuit uitwisseling van ervaringen te komen tot een analyse van de werkelijke problemen. Vanuit onderlinge solidariteit moeten arbeidsongeschikten samen met preventiewerkers tot sociale aktie komen om de oorzaken van de problemen te bestrijden. Ook deze benadering stuitte in de praktijk echter op grote problemen. Het bewustwordingsproces van arbeidsongeschikten verliep meestal zeer moeizaam. Zij zagen de oorzaken van hun problemen meestal niet in het slecht funktioneren van het arbeidsbestel in onze kapitalistische samenleving of in de huidige regeringspolitiek, maar zochten de schuld meestal bij zondebokken in hun direkte omgeving en waren zeer moeilijk op andere gedachten te brengen: "De vakbonden zitten te slapen in plaats van op te komen voor onze belangen"; "de buitenlanders pikken onze banen af"; "de jongeren zijn tegenwoordig te lui om te werken en ze krijgen veel te gemakkelijk een uitkering"; "al die vrouwen scheiden maar, krijgen een huis en geld van de bijstand".
De politiserende hulpverlening benadrukt sterk het streven naar onderlinge solidariteit, terwijl het daarmee in de praktijk nogal somber gesteld is: niet alleen werkenden schelden arbeidsongeschikten uit voor profiteurs.
In sommige groepen beweerden atbeidsongeschikten zelf, dat 50% van de mensen ten onrechte in de WAO zaten en dus profiteerden van de sociale voorzieningen: Paulo Freire (1971) omschreef dit fenomeen heel fraai als "de onderdrukte wordt onderdrukker".
Er is zo langzaamaan de ervaring opgedaan dat arbeidsongeschikten in eerste instantie veel minder gemeenschappelijk hebben dan vaak verondersteld wordt (Schoenmakers en Kaay, 1983).
We willen echter niet de indruk wekken dat politiek bewuste, strijdbare arbeidsongeschikten niet zouden bestaan. De ervaring is echter dat degenen die dit wel zijn, het meestal ook al waren vóórdat zij in de WAO zaten. Vaak zijn het mensen die al aktief geweest waren in een politieke partij, vakbond of aktiegroep. In elk geval bestaat niet de indruk dat arbeidsongeschikten via een vaag bewustwordingsproces dat niet of nauwelijks

uit konkrete stappen bestaat "vanuit hun depressie de barrikades opgaan". Daarvoor is heel wat meer nodig.
In deze visie wordt het preventiewerk echter al snel volledig geïdentificeerd met politiek handelen. In tegenstelling tot de humanistische benadering, waar sprake is van een zeker subjektivisme wordt in de politiserende benadering voorbijgezien aan de individualiteit van de mens doordat het belang van de objektieve omstandigheden eenzijdig wordt verabsoluteerd. Anders dan in het buitenland zijn in Nederland aan de politiserende visie op hulpverlening en preventie nooit zulk verregaande praktische konsekwenties verbonden. Wel heeft er met name binnen de alternatieve hulpverlening vanaf het allereerste begin een diskussie plaatsgevonden over sociale aktie als hulpverlenings- c.q. preventief instrument. Het "leitmotiv" van deze diskussie vormde de slogan "aanpassing of verandering". Er werd gesteld dat individuele hulpverlening gelijkstond aan aanpassing aan een "ziekmakende maatschappijstruktuur", terwijl sociale aktie dergelijke strukturen probeert te doorbreken en derhalve ook een sterk preventief karakter bezit.
De verhouding tussen hulpverlening en politiek is nog steeds onduidelijk binnen het politiserende preventiemodel. Zo stelt de Turck (1982) dat preventie "uit opportunistische overwegingen" emancipatiebewegingen kan ondersteunen of bijvallen. Op dit punt wreekt zich het ontbreken van een duidelijke mens- en maatschappijvisie die de relatie tussen individu en maatschappij op inhoudelijke wijze aan de orde stelt, waardoor de diverse niveaus waarop menselijk handelen plaatsvindt (individueel, sociaal, politiek) theoretisch met elkaar verbonden kunnen worden. Uit een dergelijke analyse zouden geen opportunistische maar inhoudelijk opgeslagen te funderen overwegingen kunnen worden afgeleid op grond waarvan de relatie tussen preventief en politiek handelen nader kan worden bepaald.

4. DE HANDELINGSPSYCHOLOGISCHE UITGANGSPUNTEN: THEORIE

In het bovenstaande zijn kritiekpunten naar voren gebracht op ieder van de drie hedendaagse stromingen in de preventie. De kuratieve preventie werd verweten teveel in analogie aan het mechanistische medisch-biologische denken te redeneren. De humanistische stroming werd subjektivisme voor de voeten geworpen, terwijl de politiserende benadering door een gebrek aan theorievorming op het punt van de relatie tussen individu en maatschappij gevangen blijft zitten in het dilemma "aanpassen of veranderen" oftewel tussen individuele hulpverlening of sociale aktie.
Het is duidelijk dat in het preventieve veld niet uitsluitend "pure" kuratieve, humanistische of politiserende preventiewerkers aktief zijn. Meestal worden deze benaderingen door elkaar heen gebruikt of als mengvorm. Ook in de preventiewereld is "eclectisme" immers gemeengoed.
We willen dan ook benadrukken dat bovengenoemde benaderingen als ideaaltypisch beschouwd moeten worden.
Een zinvolle bijdrage aan de diskussie rondom de preventie kan onzes inziens worden gegeven door auteurs die een handelingsgerichte beandering in de psychologie voorstaan, zoals Leontjew (1977), Jantzen (1979) en Holzkamp-Osterkamp (1976) (5).

Zij stellen dat het levenslange proces van persoonlijkheidsontwikkeling zich voltrekt op basis van een steeds betere bewuste toeëigening van, wat wel genoemd wordt, het maatschappelijk-kulturele erfgoed. Hiermee wordt geheel van ideële en materiële produkten bedoeld (zoals werktuigen, gebruiksvoorwerpen, sociale instituties, omgangsvormen, tradities) die in de loop van de geschiedenis zijn voortgebracht door kollektieve en systematische omgang met de natuur in de vorm van menselijke arbeid. Door zich nu steeds meer van dit erfgoed toe te eigenen, dat als het ware in ieders levenssituatie opgetast ligt, wordt de greep op de eigen levensomstandigheden steeds meer vergroot. Holzkamp-Osterkamp (1976) spreekt in dit geval van het vergroten van de "handelingsbekwaamheid". De drijvende motivationele kracht achter het vergroten van de handelingsbekwaamheid wordt gevormd door het systeem van zogenaamde "produktieve" behoeften, die het individu motiveren tot het vergroten van de kontrole over de eigen levensomstandigheden. De toeëigening van het maatschappelijk-kulturele erfgoed en daarmee dus tegelijkertijd de vergroting van de handelingsbekwaamheid, vindt plaats tijdens het hele leven door middel van praktischhandelende omvang met de werkelijkheid. Voorwaarde hiervoor is het aanwezig zijn van sociale relaties waarbinnen het toeëigeningsproces wordt gestruktureerd en gereguleerd, zoals bijvoorbeeld aanvankelijk tussen ouders en kinderen en later tussen leraar en leerling of therapeut en kliënt of tussen kollega's onderling.
In wat wij de handelingspychologie zouden willen noemen, gaat men er nadrukkelijk vanuit dat individuen in hun ontwikkeling ernstige belemmeringen kunnen ondervinden van de maatschappelijke omstandigheden waarin ze verkeren. Met andere woorden: arbeidsongeschikten worden niet alleen belemmerd door het plotseling wegvallen van hun werk. Ze leven daarbij in buurten waar de kansen om tot ontplooiing te komen uiterst gering zijn.
Verder wordt de mogelijkheid tot het ontwikkelen van de handelingsbekwaamheid ook ingeperkt omdat je gedwongen wordt in een buurt, zonder werk, te moeten leven, waar de sociale desintegratie hand over hand dreigt toe te nemen vanwege de verscherping van de ekonomische krisis.

In het geval van arbeidsongeschiktheid is de relatie tussen het individu en de maatschappij verstoord; de mogelijkheid tot vergroten (behouden) van de handelingsbekwaamheid wordt door externe maatschappelijke faktoren belemmerd. Terwijl er in de arbeid door praktische en op verandering gerichte omgang met de werkelijkheid op systematische wijze (beroepsgebonden) kennis over die werkelijkheid wordt toegeëigend is de werkloze arbeidsongeschikte afgesneden van dit kognitieve ontwikkelingsaspekt van de handelingsbekwaamheid. Hetzelfde geldt ten aanzien van de (arbeids)kwalifikatie en de toeeigening van specifieke vaardigheden. De ontwikkeling van het handelingsaspekt stagneert eveneens: de arbeidsongeschikte raakt in toenemende mate onthand.

Dit alles wordt nog versterkt door de geïsoleerde sociale positie waarin de WAOer zich in de regel bevindt: de benodigde kennis en informatie moet individueel vergaard worden en er moet individueel een handelingsperspektief worden ontwikkeld. Doordat ten gevolge hiervan het greep krijgen op de eigen levenssituatie, zowel op kognitief als op handelingsniveau, steeds problematischer wordt, bekruipt hen in vele gevallen een sterk negatief gevoel van uitgeleverd zijn aan omstandigheden die nauwelijks beïnvloedbaar zijn. Tenslotte gaat zelfs de motivatie om hierin verandering aan te brengen verloren omdat ieder perspektief op het greeep krijgen op de eigen levensomstandigheden verloren gegaan is. Hiermee bevindt men zich in een neerwaartse spiraal: er is weinig kennis en informatie op grond waarvan men kan handelen, de wil hiertoe ontbreekt ook steeds meer, terwijl er bovendien sterke negatieve gevoelens bestaan die iedere aanzet tot handelen verlammen. Deze neerwaartse spiraal kan slechts worden doorbroken door weer aktief handelend bezig te gaan om te proberen om de verloren gegane greep op de leefsituatie te herwinnen. Hiertoe is het nodig dat de ontwikkeling van de verschillende aspekten van de handelingsbekwaamheid (kognitie, motivatie, vaardigheden en emotionaliteit) wordt gestimuleerd, waarover meer onder punt 6.
Het bedoelde handelen kan echter nooit louter individueel van aard zijn omdat de mens nu eenmaal per definitie voor wat betreft zijn voortbestaan afhankelijk is van anderen. Vandaar dat individueel menselijk handelen steeds onderdeel vormt van een kollektief handelingsproces.
Het streven naar het vergroten van de greep op de eigen levensomstandigheden kan aldus alleen worden gerealiseerd via de "omweg" van het leveren van een individuele bijdrage aan het kollektieve en maatschappelijke handelingsproces dat gericht is op de beheersing van de algemene levensomstandigheden.
Het strikt persoonlijke en politiek-maatschappelijk handelen worden dus op één en dezelfde dimensie geplaatst, namelijk die van de beheersing van de eigen bestaansvoorwaarden.
Een dergelijke opvatting over de persoonlijkheidsontwikkeling, waarbij de individuele handelingsdimensie, die ingebed is in een kollektief en maatschappelijk handelingsproces centraal staat, betekent een stap in de richting van het overwinnen van het mechanistisch denken, dat in de kuratieve preventie heerst. Dit leidt verder tot het afwijzen van praatgroepen waarin arbeidsongeschikten nieuwe groeimogelijkheden kunnen ontdekken zoals in de humanistische preventiebenadering wordt bepleit. En het voorkomt tenslotte het gevaar van een "abstrakt aktionisme" van de politiserende hulpverlening, waarbij arbeidsongeschikten als therapie, sociale akties tegen de GMD krijgen "voorgeschreven".
Het handelingsproces vindt immers, volgens de handelingspsychologie binnen een specifiek maatschappelijke kontekst plaats en is daarmee dan ook steeds onverbrekelijk verbonden. Menselijk handelen is maatschappelijk handelen. In dit licht bezien is de tegenstelling tussen aanpassing en veranderen respektievelijk individuele hulpverlening en sociale aktie een schijntegenstelling.
Aanpassing vormt immers een noodzakelijke voorwaarde om überhaupt invloed te kunnen uitoefenen op de eigen levenssituatie.

5. ENKELE HISTORISCHE EN INSTITUTIONELE ASPEKTEN VAN DE PREVENTIE

In het bovenstaande is vanuit een handelingspsychologische visie op theoretisch niveau ingegaan op een aantal vragen en tegenstellingen die het denken over preventie in de regel nogal eens vertroebelen; de relatie individu - maatschappij, de verhouding tussen preventie en kuratie en de problematiek van aanpassing versus sociale aktie. Alvorens in het navolgende te kunnen ingaan op de praktische implikaties van deze handelingspsychologische visie, zullen we eerst even stilstaan bij een aantal institutionele aspekten van de GGZ in het algemeen en van de preventie in het bijzonder.
Wanneer we de bovengenoemde vragen en tegenstellingen in een breder verband en vanuit een historisch perspektief bekijken, dan blijkt dat deze niet exclusief zijn voor de preventie en bovendien in de geestelijke gezondheidszorg al veel eerder gesignaleerd werden. Reeds in de jaren 30 begon het besef door te breken dat de psychiatrie bij haar aanpak de maatschappelijke omstandigheden meer zou moeten betrekken.
Een sprekend voorbeeld van een dergelijk besef wordt verwoord door Querido, de grondlegger van de sociale psychiatrie in Nederland, wanneer hij vertelt over zijn werk als psychiater bij de Amsterdamse GG en GD gedurende de krisis van de jaren dertig.
"In die krisistijd zaten de mensen dikwijls werkelijk afgesneden, hè. Twee weken huurschuld? Het huis uit!
Daar werd je dan geroepen omdat die vrouw een zelfmoordpoging had gedaan, misschien het gas had opengezet en dan kwam je daar om twee uur 's nachts. Twee kleine kinderen, een huilende moeder en je hoort het hele verhaal: man weggelopen, stuurt geen geld meer, ze had niets meer en hier is een briefje van de huisbaas. Dan moet je een tientje op tafel kunnen leggen! Je kunt niet zeggen: kom morgen maar eens bij me, dan zullen we er verder over praten.
Een dat kon ik doen. En dat deed je natuurlijk niet uit een soort sentimenteel medelijden - je gaf dat, daar heb ik vreselijk op gehamerd, als <u>therapie</u>, als <u>medicijn</u>".
(Heerma van Voss; 1980).
Querido overschreed in die tijd dus bewust al heel duidelijk de traditionele grenzen van de kuratieve zorg en stemde zijn "therapie" juist af op de heersende miserabele sociale omstandigheden. Zoals we weten heeft zich een dergelijke aanpak nauwelijks doorgezet in de Nederlandse GGZ. Dergelijke eerste aanzetten tot een koppeling van geestelijke gezondheidszorg en welzijnszorg gingen ten onder in de sterk medisch georiënteerde voor- en nazorgdiensten die later sociale psychiatrische diensten zouden gaan heten. In de jaren zestig en zeventig werden weliswaar alternatieven voor het medisch model gangbaar, maar veelal leidde dit tot nieuwe, meer psychologisch getinte vormen van individualisering en therapeutisering waarbij de werk-woon en levensomstandigheden van de mensen eveneens buiten beeld bleven.

De huidige ekonomische krisis die kwa omvang en diepgang niet onderdoet voor die van vóór de 2e wereldoorlog, heeft aan deze <u>geïndividualiseerde aanpak</u> van de geestelijke gezondheidszorg nog weinig kunnen veranderen. Terwijl het aantal werklozen en arbeidsongeschikten snel het trieste rekord van één miljoen

nadert en verpaupering en armoede ook in Nederland steeds meer de kop opsteekt, blijkt dat in de hulpverlening de ernst en de reikwijdte van deze problemen veelal volstrekt wordt onderschat (6).
Ook op beleidsniveau bespeuren we steeds meer tendenzen, mede in het kader van bezuinigingen en ombuigingen, van verdergaande inperking en specialisatie van de hulpverlening. Onder het motto: "beheersing van de wildgroei" blijft een diepgaande diskussie over de inhoud van een integrale hulpverlening achterwege. Juist die werksoorten in het welzijnswerk en de hulpverlening die in veel gevallen een brugfunktie zouden kunnen vervullen tussen de kuratieve zorg en de woon-werk en leefomstandigheden van kliënten, zoals het algemeen maatschappelijk werk (AMW) en de AGGZ-preventie, komen bovengenoemde ontwikkelingen zwaar onder druk te staan. Een aantal verontruste werkers in het AMW hebben reeds gesignaleerd dat het "maatschappelijke" van het maatschappelijk werk dreigt weg te vallen en erger nog: dat deze werksoort misschien zelfs wel helemaal opgeheven wordt. Een veel gebruikt argument bij deze dreigende sanering in het maatschappelijk werk is dat het werk zo "vaag" is, geen eigen identiteit heeft en dat een duidelijke profilering ontbreekt (zie verder studie-aktie-dag AMW-1982 en Menger e.a. 1982).
Opmerkelijk is dat preventie binnen de AGGZ vrijwel dezelfde kritiek naar het hoofd geslingerd krijgt en nu dan ook binnen de AWBZ veel duidelijker dan voorheen in het enge kuratieve keurslijf wordt gedwongen. Wij vinden deze kritiek op preventie niet zonder meer gerechtvaardigd. Vanzelfsprekend is er natuurlijk wel kritiek te leveren op uitwassen, wildgroei en hobbyisme, maar dat geldt wat ons betreft voor de gehele (geestelijke) gezondheidszorg. Het centrale punt is echter dat veel van de onduidelijkheden, overlappingen en veelvormige aktiviteiten ven preventie juist te maken hebben met het feit dat deze werksoort probeert dicht bij de mensen te opereren, zodat de verschillende aspekten van problemen van deze mensen <u>in hun samenhang</u> zichtbaar worden.
De huidige "vlucht naar voren" in de richting van gespecialiseerde therapeutische voorzieningen en het steeds verder marginaliseren van de toch al karige elementen van een werkelijke <u>sociale</u> psychiatrie betekent in feite het paard achter de wagen spannen. Zonder een fundamentele diskussie over de inhoud van een integrale benadering van problemen door de geestelijke gezondheidszorg zou deze "vlucht naar voren" wel eens een rampzalige terugval van de kwaliteit van hulpverlening kunnen betekenen, juist in een tijd die er niet meer om liegt.

6. HANDELINGSPSYCHOLOGISCHE UITGANGSPUNTEN IN DE PRAKTIJK

In het eerste deel hebben we aangegeven dat de drie preventieve benaderingen binnen de verschillende WAO-projekten in enkele buurten van oud-west, weinig zoden aan de dijk zetten. Dat betekent niet dat er in die drie jaar geen enkel resultaat is geboekt. Hieronder geven we puntsgewijs een aantal voorbeelden van initiatieven die een eerste bescheiden aanzet kunnen betekenen voor een preventieve hulpverlening vanuit een handelingspsychologisch perspektief, mits deze nog verder en beter worden geanalyseerd en systematischer uitgebouwd dan wij tot nu toe hebben kunnen doen.

1. Informatie-overdracht

In de afgelopen drie jaren zijn een aantal informatiemiddagen georganiseerd over allerhande onderwerpen die voor arbeidsongeschikten van belang zijn, zoals: wat gebeurt er nou precies bij de GMD?
Welke rechten, plichten en voorzieningen hebben arbeidsongeschikten? Wat kunnen we van de vakbonden verwachten als arbeidsongeschikten?
Deze middagen hadden een tweeledig doel: enerzijds overdracht van de kennelijk nog steeds broodnodige informatie over allerhande konkrete aspekten die met arbeidsongeschikten samenhangen; anderzijds boden deze middagen de mogelijkheid van een kollektieve konfrontatie tussen arbeidsongeschikten en de instanties waarmee zij vaak te maken hebben.
Deze informatie werd namelijk steeds afzonderlijk door medewerkers van de diverse instanties zelf, zoals GMD, GAK, sociale dienst en vakbonden, gegeven.
Dit leidde er dan ook toe dat bijvoorbeeld de verzekeringsgeneeskundige en arbeidsdeskundige "gedwongen" werden om uit te leggen wat ze nou precies deden. En dit alles gebeurde voor een grote groep arbeidsongeschikten (gemiddeld ruim 50 mensen per middag) in een buurthuis en niet voor een individuele arbeidsongeschikte achter het veilige bureau binnen de eigen instelling. Dat leverde dan ook de nodige soms zeer emotionele konfrontaties, diskussies en ontladingen op tussen de deskundigen en arbeidsongeschikten. Opmerkelijk was steeds hoe gemakkelijk een aantal arbeidsongeschikten met persoonlijke problemen en emotionele diskussies kwamen, terwijl ze voor geen goud in een gesprekgroep zouden willen!

2. Kursus sociale wetgeving

Tijdens de informatiemiddagen konden mensen zich opgeven voor een kursus sociale wetgeving. Ook hier was het doel in eerste instantie informatie-overdracht, zodat mensen meer inzicht en greep kregen op de complexiteit van rechten, plichten, regelingen die samenhangen met de WAO en andere sociale wetten. De kursus had echter een (onbedoeld) neveneffekt: de kursisten bleven na de kursus bij elkaar komen in het buurthuis en zo ontstond min of meer spontaan een WAO-groep. De groep organiseerde vanaf die tijd samen met preventie- en buurthuiswerkers informatiemiddagen en verdiepte zich intussen zodanig in de sociale wetgeving dat daarna een zelfstandig sociaal informatie-uur gehouden kon worden voor en door arbeidsongeschikten. De kursus en het spreekuur betekende veel meer dan alleen kennis vergaren en overdragen aan anderen. De arbeidsongeschikten ontleenden er ook een zinvolle tijdsbesteding aan en hadden eindelijk weer het gevoel iets voor een ander te betekenen.

3. De rol van arbeid in een werkloos bestaan

In de WAO-groep werd verder ook veel aandacht besteed aan de eigen zorgen in het alledaagse bestaan. Een uiteenlopend aantal onderwerpen passeerde vrijwel elke week de revue zoals de leefbaarheid in de buurt; de krisis; de buitenlanders; de werkloosheid; de verkiezingen enz. enz. Zeer langzaam leidde dit tot wat meer inzicht in en greep op de eigen alledaagse leefsituatie.

Onze ervaring tot nog toe is echter dat dit inzicht niet zoder meer leidt tot een verdergaande bewustwording van de onderdrukking binnen onze kapitalistische samenleving.
Zo'n bewustwordingsproces verloopt bepaald niet eenduidig van herkenning via inzicht naar solidariteit en vervolgens sociale aktie, zoals in de politiserende hulpverlening nogal wordt verondersteld.
Bewustwording heeft als proces vooral betrekking op verschijnselen die zich in de eigen alledaagse leefsituatie voordoen. Die situatie is voor deze arbeidsongeschikten het leefklimaat van de buurten in oud-west in Amsterdam en dat beleven zij zelf als een vat vol ellende en tegenstrijdigheden zoals we reeds in het begin van ons artikel omschreven. De ervaring is dat inzicht geven in bijvoorbeeld de oorzaken van werkloosheid meestal weinig zin heeft, omdat dit te abstrakt is. Werkloosheid wordt gekoppeld aan konkrete verschijnselen en groepen in de buurt: de buitenlanders, de krakers of de jongeren met te hoge uitkeringen.
Sinds enige tijd wordt minder gepraat over dit soort thema's, maar juist meer over de eigen werksituatie toen men nog niet in de WAO zat. In eerste instantie leverde dat nogal wat weerstanden op, omdat mensen het pijnlijk vonden over hun werk te moeten praten. De meesten hadden ook géén prettige herinnering aan "het afscheid nemen van de arbeid". Na enige drempelvrees bleek steeds weer dat er vaak met veel emotie, maar ook met enthousiasme over het werk gepraat kon worden. Hierbij deze zich soms opmerkelijke gebeurtenissen voor. Mensen gingen (opnieuw) ontdekken dat het werk niet echt is opgehouden te bestaan, maar dat ze vaak handelden alsof ze nog werkten. Om een klein voorbeeld te geven:
Een van de mensen in de groep kapte altijd diskussies over allerhande thema's snel af onder het motto: "Niet lullen, maar doen". Sinds er meer over het vroegere werk gepraat werd, ging hij verbindingen leggen tussen zijn werk als machinist op de wilde vaart en zijn funktioneren in de groep: "Tijdens mijn werk was 't altijd keihard werken en direkt handelen als er iets mis ging. In open zee kun je nu eenmaal geen uitvoerige diskussies houden over wat te doen als de machines uitvallen".
Een ander voorbeeld: een personeelsfunktionaris die in zijn vroegere werk leiding moest geven en dat uiteindelijk niet aankon, trok in de groep ook steeds de leiding naar zich toe en knapte daar ook weer op af. Soms leek het erop dat de groep tijdens de gesprekken over het werk dezelfde funktie had als vroeger de werkvloer. In een andere groep leidde het praten over het vroegere werk tot het starten van een "autotechniek-sleutelklub" voor arbeidsongeschikten. Een van de leden van de groep was auto-monteur geweest en al pratend over zijn werk ontstond al vrij spoedig het idee om de daad bij het woord te voegen en deze gesprekken voort te zetten in een "konkrete handelingspraktijk". Het opmerkelijke van deze auto-sleutel-klub was dat deze vooral arbeidsongeschikten trok, die niet of nauwelijks te porren waren voor een gespreksgroep. Tijdens het sleutelen aan de auto werd echter wel druk gediskussieerd over het vroegere werk, keuringsartsen, de buurt, problemen met vrouw en kinderen; soms werd daar het werk zelfs enige tijd voor neergelegd!

7. HOE NU VERDER?

Na bovengenoemde ervaringen staan we voor de vraag in welke richting een preventieprojekt rond arbeidsongeschiktheid vanuit een handelingspsychologisch perspektief verder ontwikkeld kan worden. Twee konklusies kunnen we tot nog toe al duidelijk trekken: allereerst blijkt er een enorme behoefte aan informatie over allerhande aspekten die nauw samenhangen met het leven als arbeidsongeschikte. Verder blijft arbeid ook in een werkloos bestaan van niet te onderschatten betekenis.
De behoefte aan konkrete informatie en kennis is noodzakelijk om meer greep te krijgen op de nieuwe maatschappelijke situatie waarin arbeidsongeschikten komen te verkeren (kognitief aspekt). Deze kennis kan leiden tot een verdere ontwikkeling van specifieke vaardigheden in de omgang met deze nieuwe realiteit (handelingsperspektief) en vervolgens tot het in gang zetten van een ontwikkeling van produktieve behoeften, dat wil zeggen behoeften gericht op het beheersen van de eigen levensomstandigheden door middel van aktief handelen en ingrijpen (motivationeel aspekt). Een dergelijke aktieve wijze van omgaan met de eigen levenssituatie in plaats van er passief aan overgeleverd te zijn, leidt tot een meer positieve beleving van de arbeidsongeschiktheid in de zin van het waarnemen van zinvolle ontwikkelingsperspektieven (emotioneel aspekt).
Een aantal arbeidsongeschikten voelden zich na het volgen van zo'n kursus sociale wetgeving meer weerbaar tijdens konfrontaties met ambtenaren van verschillende instanties. Sommigen onder hen ontwikkelden daarna in de groep een zodanige handelingsbekwaamheid dat zij in staat waren lotgenoten via een spreekuur weer verder te helpen.
Een verdere uitbouw van deze kursussen, naast de informatiemiddagen, is echter noodzakelijk omdat dan meer rendement, kontinuïteit en onderlinge binding bereikt kan worden, waarmee recht wordt gedaan aan het belang van koöperatieve en solidaire samenwerkingsrelaties, met het doel om meer greep te krijgen op de gemeenschappelijke levenssituatie die door arbeidsongeschiktheid wordt gekenmerkt.
Het greep krijgen op de eigen levensomstandigheden en daarmee het vergroten van het handelingsvermogen vindt tijdens het levensproces van ieder individu plaats door middel van praktisch handelende omgang met de werkelijkheid.
Arbeid neemt hierin een centrale plaats in. Het is duidelijk dat het plotseling wegvallen van het werk zeer ingrijpend is voor de verdere ontwikkeling van de handelingsbekwaamheid. Onze ervaring is dat het vroegere werk en het verlies ervan nog lange tijd "doorwerkt" in de nieuwe alledaagse realiteit als arbeidsongeschikte. Dat betekent heus niet dat alle arbeidsongeschikten vol heimwee terug verlangen naar hun vroegere arbeid. Uiteindelijk is een groot deel niet voor niets uit het arbeidsproces gestoten. Een groot deel onder hen geven echter nog duidelijk aan dat ze verlangen naar mensvriendelijk werk, dat aansluit op hun huidige behoeften, kapaciteiten, mogelijkheden en omstandigheden. Dit werk is er helaas echter veel te weinig en de perspektieven worden er niet beter op met de huidige krisis. Als welzijnswerker loop je het gevaar dit verlangen naar werk, juist in een

tijd van enorme werkloosheid, al gauw af te doen als overdreven en hardnekkig vastklampen aan de zogenaamde arbeidsethos. Nu is het zeker zo dat een aantal arbeidsongeschikten de neiging hebben hun vroegere werk te idealiseren. De meesten zien echter wel degelijk in dat de omstandigheden waaronder ze moesten werken uiteindelijk ziekmakend waren. Het werken op zichzelf, hun beroep, hun vak gaf hun vaak wel voeldoening en onder betere kondities, die aansluiten bij hun behoeften en mogelijkheden, zouden een aantal van de oudere, wel weer terug willen.
In de praktijk ziet men dat in veel preventieprojekten rond arbeidsongeschiktheid veel aandacht wordt besteed aan de verwerking van het verlies van arbeid en aan het ter diskussie stellen van dat hardnekkige arbeidsethos. Anders worden immers de groeimogelijkheden in een nieuwe levensfase als niet meer werkende of "anders aktieve" belemmerd?
Wij zijn van mening dat preventiewerkers dan bezig zijn met het "maken" van nieuwe waarden en normen die aansluiten bij de huidige ekonomische krisis en daarmee dus met beheersing. Wij pleiten er vanuit een handelingspsychologisch perspektief voor dat preventiewerkers, samen met andere werksoorten, voorwaarden dienen te scheppen voor het ontwikkelen van werk-mogelijkheden die aansluiten bij de reële behoeften van arbeidsongeschikten. De laaatste tijd zien we reeds een aantal initiatieven op dit terrein in de vorm van klussenkollektieven, vakbekwaamheidskursussen en kleinschalige arbeidsprojekten.

8. PREVENTIEWERK IS BRUGGENBOUW

Het is duidelijk dat preventiewerkers in de AGGZ bovengenoemde ontwikkeling niet alleen kunnen en moeten stimuleren. Juist vanuit hun brugfunktie kunnen ze netwerken ontwikkelen van werksoorten en instellingen die allen met arbeidsongeschikten te maken hebben.
Wij zien preventie-werkers in dit opzicht als intermediair tussen eerste en tweede lijn., als initiator van samenwerking tussen AGGZ enerzijds en sociaal-kultureel en opbouwwerk en gezondheidszorg in de eerste lijn anderzijds. Dit betekent niet dat de eerste lijn "gepsychiatriseerd" of "getherapeutiseerd" moet worden. Dat betekent evenmin dat de preventiewerker tot bijvoorbeeld buurthuiswerker moet worden omgeschoold. De preventiewerker opereert immers juist binnen dat spanningsveld en overgangsgebied. Welke positie de preventiewerker daarin precies moet innemen is ook voor ons nog een diskussiepunt en zal al werkende in die praktijk verder handen en voeten moeten krijgen. Vooralsnog kan hij echter een belangrijke bijdrage leveren aan het tot stand brengen van daadwerkelijke verbindingen tussen deze werksoorten op basis van het door ons geschetste perspektief. Alleen op deze wijze wordt het tevens mogelijk een meer geïntegreerde hulpverlening te ontwikkelen die aansluit bij de grote verscheidenheid in het niveau van handelingsbekwaamheid waarover arbeidsongeschikten beschikken. Deze

verscheidenheid hangt immers van een veelheid van faktoren af zoals de sociale laag, leefsituatie, maatschappelijke omstandigheden, arbeidsverleden, sexe, beleefde psychosociale problematiek en persoonlijkheidsontwikkeling, die allen tezamen de handelingsruimte bepalen. De vergroting van de handelingsruimte moet op deze verscheidenheid van de betrokken arbeidsongeschikten binnen zo'n projekt worden afgestemd.
Bovengenoemde schets van een handelingspsychologisch perspektief kan een eerste aanzet zijn om uit te stijgen boven de huidige vruchteloze tweesprong van de AGGZ-preventie in de richting van beheersing of bevrijding. Daarmee zou preventie van haar januskop bevrijd worden en eindelijk een eigen gezicht kunnen tonen. 2

Noten:

1 Schaufeli, W., G. Schuitemaker, J. Zeelen.
Gedragstherapie vanuit handelingstheoretisch perspektief.
Psychologie en Maatschappij, 1980, nr. 12, pag. 409-427.

Schaufeli, W.,
Therapie en hulpverlening.
In: Dool, P. v.d., A. Verbij (Red.).
Van nature maatschappelijk:
overzicht van de kritische psychologie.
Amsterdam, 1981, pag. 191-215.

Schaufeli, W.
Handelingstheorie en Hulpverlening.
In: Boutellier, H., L. Wouda (Red.).
Progressieve ontwikkelingen in de psychologie.
Amsterdam, 1981, pag. 67-79.

Schoenmakers, J.
Opvangen en doorspelen: Antropologische waarnemingen op een psychiatrische afdeling.
In: L. Brunt (Red.); Anders Bekeken. Wet en Werkelijkheid in Sociaal Onderzoek.
Meppel, 1977.

Schoenmakers, J., H. Kaaij.
Arbeidsongeschiktheid als preventie-objekt: individualisering of politisering.
Bijdrage LORP-jubileumkonferentie 20 en 21 januari 1983.

Weeghel, J. van.
Het doelenkontrakt in de inrichting. Goal attainment scaling met langdurig opgenomen psychiatrische patiënten.
In: Maandblad Geestelijke Volksgezondheid,
1979, nr. 5, pag. 368-389.

Weeghel, J. van, J. Zeelen.
Arbeidstherapie: tussen afleren en kwalificeren.
In: Maandblad Geestelijke Volksgezondheid,
1981, nr. 2, pag. 136-153.

Zeelen, J.
Zum Problem van Arbeit und Therapie in einer psychiatrischen Anstalt -
eine rekonstruktion drei-jähriger Handlungsforschung in der holländischen Psychiatrie, dissertatie, Groningen - West-Berlin, 1982.

Zeelen, J.
Kanttekeningen bij de Nederlandse weg naar een demokratische psychiatrie.
In: Comenius, 1981, nr. 3, pag. 363-380.

2 De erkenningsvoorwaarden zijn voorlopig en zullen in de loop van 1983 definitief vastgesteld worden. Inmiddels zijn er al een aantal voorstellen tot wijziging van deze erkenningsvoorwaarden gedaan.
Al deze voorstellen gaan in de richting van een nog veel sterkere binding tussen kuratie en preventie, analoog aan het psychiatrische preventiemodel van Caplan (1964).

3 Achterhuis (1979:39 e.v.) heeft in zijn geruchtmakende boek "de markt van welzijn en geluk" reeds duidelijk gemaakt hoe dit denken tot een steeds verdergaande medikalisering van de welzijnspreventie heeft geleid. Vooral in het benoemen en opsporen van risicogroepen vinden we soms heel krasse staaltjes van dit mechanistische denken terug. Zo worden homo's, alleenstaande moeders, ouders met een eerste kind, pas getrouwden, ja zelfs vrouwen in één adem tot risicogroep gebombardeerd. Het wachten is nu nog op de eerste preventiewerker die ook mannen tot een aanwijsbare risicolopende groep gaat rekenen!
Behalve dat het wat al te dol wordt om zoiets "alledaags" als trouwen en kinderen krijgen als geestelijke gezondheidsbedreigende aktiviteiten te bestempelen, is het ook nog heel gevaarlijk. Het leidt immers onherroepelijk tot het stigmatiseren van allerhande groepen in de samenleving.

4 Over het begrip zelfhulp bestaat veel verwarring. Vaak wordt deze uitdrukking geassocieerd met eigen verantwoordelijkheid, autonomie, verzet en aktie. Achterhuis stelt echter dat hedendaagse vormen van zelfhulp meestal leiden tot proto-professionalisering en verafhankelijking. De verheerlijking van de vrije tijd voor "het werken aan jezelf" is volgens hem niets anders dan de keerzijde van arbeidsethos (zie verder: Achterhuis: Zelfhulp of eigenarbeid).

5 Voor een uitvoerig overzicht van de kritische psychologie respektievelijk het werk van Jantzen, zie: v.d. Dool, Verbij (1981) en Schaufeli (1982).

Verder geven Van Weeghel en Zeelen in hun artikel over arbeidstherapie een toelichting op de uitgangspunten van de handelingspsychologie.

6 Dat de psychische gevolgen van de ekonomische krisis binnen de GGZ inderdaad onderschat worden, illustreren we aan het volgend voorbeeld.
Wanneer we ervan uitgaan dat de inhoud van MGV een redelijke weerspiegeling vormt van de heersende diskussies binnen de GGZ dan zou het nalopen van een aantal jaargangen een indikatie kunnen geven voor de mate van aandacht voor deze problematiek.
We hebben dit gedaan voor de periode 1 januari 1978 tot heden, een tijdvak waarbinnen de ekonomische krisis een "vasthoudend karakter" kreeg.
Het resultaat van onze speurtocht spreekt voor zich.
In het breed scala van onderwerpen dat in deze periode aan de orde komt (van RIAGG-vorming tot Baghwan; van nazorg tot psycho-drama) treffen we slechts één artikel aan dat expliciet ingaat op de krisisproblematiek.
Het feit dat deze publikatie (arbeidstherapie tussen afleren en kwalificeren in MGV nr. 2, 1981) ook nog door de helft van dit schrijverskollektief is geschreven en er bovendien in het maandblad niet op gereageerd werd, onderstreept wellicht nog duidelijker het systematisch verwaarlozen van de invloed van de ekonomische krisis op het psychisch funktioneren.

Literatuur

- Achterhuis, H., De markt van welzijn en geluk, Boom, 1979.
- Achterhuis, H., Zelfhulp of eigenarbeid. In: Vorming, 1983 nr. 4, pag. 147-160.
- Caplan, G., Principles of preventive psychiatry, New York, 1964.
- Dool, P.v.d., A. Verbij (red.). Van nature maatschappelijk: overzicht van de kritische psychologie, Amsterdam, 1981.
- Eyck, J.H.M., Hoe wordt het arbeidsongeschikt worden beleefd en wat zijn de ervaringen in de verschillende fasen. In: Eyck, J.H.M., M.P.M. de Goede (red.). Hulpverlening aan arbeidsongeschikten. Alphen a/d Rijn, 1981, pag. 78-92.
- Freire, P., Pedagogiek van de onderdrukten. Baarn, 1971.
- Heerma van Voss, A.J., Querido, over het ontstaan van de sociale psychiatrie in Nederland. (een interview). In: Vrij Nederland, bijlage nr. 49, 6 december 1980.
- Holzkamp-Osterkamp, U., Grundlagen der psychologischen Motivationsforschung. Band 1 en Band 2. Frankfurt, 1975 en 1976.
- Jantzen, W., Grundriss einer allgemeinen Psychopathologie und Psychotherapie. Keulen, 1979.
- Leontjew, A.H., Tätigkeit, Bewusstsein und Persönlichkeit. Stuttgart, 1977.
- Menger, A., M. Adema, P. Lems, Falend maatschappelijk werk staat model voor de toekomst van ons zorgsysteem. In: T.M.W. - kwartaal, 1982, jaargang 36, nr. 4.
- Oud, J.H.A., Bemoeienissen van een afdeling preventie met een groep arbeidsongeschikten. In: Eyck, J.H.M., M.P.M. de Goede (red.) a.w., pag. 195-202.
- Schaufeli, W. Wolfgang Jantzen: Eklektikus of synthetikus? In: Psychologie en maatschappij, 1982, nr. 19, pag. 231-256.
- Studie-aktiegroep Algemeen Maatschappelijk Werk AMW: weg ermee? Het maatschappelijke van het maatschappelijk werk. In: Marge, 1982, jaargang 6, nr. 9.
- Turck, B. de, Het politiserende hulpverleningsmodel. In: Intermediair, 1982, jaargang 18, nr. 35, pag. 29-31.
- Vergelijkend buurtonderzoek, Amsterdam, 1981.