

Sociale-rolontwikkeling bij ambulante chronisch psychiatrische patiënten verduidelijkt met een gevalbeschrijving

door E. Noorthoorn, M. Romme, H. Hamers, L. Vallenga

Samenvatting

Een succesvolle rehabilitatie van de chronische patiënt stoelt met name op interventies in het sociale milieu (Shepherd 1989). Voor verbetering van het sociaal functioneren is het versterken van bestaande rollen nodig, en het scheppen van handlingsruimte waarin de patiënt nieuwe rollen kan ontwikkelen (Bennett 1978). Ter beoordeling van het sociaal functioneren van psychiatrische patiënten kan de hulpverlener in het Nederlands taalgebied beschikken over een zevental instrumenten, die met name voor onderzoeksdoeleinden* zijn ontwikkeld. Geen van deze instrumenten gaat in op de ontwikkeling van het sociaal functioneren. De meeste instrumenten zijn ook sterk individugebonden; het gedrag wordt beoordeeld in relatie tot bestaande maatschappelijke, of door de onderzoeker gehanteerde, normen. Juist bij chronisch psychiatrische patiënten is het gedrag een resultante van interactie van het individu met zijn omgeving (Adler 1984). Dit artikel laat aan de hand van een voorbeeld zien hoe de ontwikkeling van sociaal functioneren kan worden geanalyseerd. Het behandelt de uitgangspunten van een instrument, waarmee sociaal functioneren in het kader van een handlingsoriëntatie door de hulpverlener kan worden beoordeeld.

Inleiding

De psychiatrie kijkt als geneeskundige discipline naar de psychiatrische patiënt vanuit het oogpunt van een psychiatrisch ziektebeeld en met een behandelingsperspectief dat gericht is op genezing. De chronisch psychiatrische patiënt onttrekt zich per definitie aan dit perspectief (Adler 1984; Honig 1987). Bij hen bestaat er een lacune: de diagnos-

* De Social Behavior Assessment Schedule, Platt 1980; de Disability Assessment Schedule, Jablenski e.a. 1980; de Standardised Interview to Assess Social Maladjustment, Clare en Claims 1978; de Social Adjustment Schedule, Weissmann en Bothwell 1980; de Groningse Sociale beperkingen Schaal, Wiersma 1983; de Nurses Observation scale for Inpatient Evaluation, Hafkenscheid 1987, en de Intramurale Patiënten Observatie, Betgem 1987.

tische classificatie met het daarbij horend geneeskundig handelen biedt geen oplossing voor de problemen waarmee de patiënt in de samenleving te kampen heeft. De huidige diagnostische categorisering biedt onvoldoende handvatten voor het verbeteren van het sociaal functioneren als onderdeel van rehabilitatie. Hoe ga je met deze patiënt dan om? Dit artikel laat aan de hand van een voorbeeld zien hoe het sociaal functioneren bij mensen met een langdurige patiëntencarrière kan worden geanalyseerd in het kader van een handelingsoriëntatie voor de hulpverlener.

In de huidige structuur van de RIAGG ligt de verantwoordelijkheid van de ambulante zorg van deze groep bij de SPD. In het kader van een verdere professionalisering van de zorg aan chronisch psychiatrische patiënten wordt door de vakgroep Sociale Psychiatrie van de Rijksuniversiteit Limburg in samenwerking met de RIAGG onderzoek verricht naar patiëntencarrière en zorgbehoefte van de chronische patiënt in behandeling bij de SPD.

In dit artikel wordt een methode besproken waarmee de ontwikkeling van het sociaal functioneren kan worden beschreven. De methode is ontwikkeld zodat hulpverleners de ontwikkeling van het sociaal functioneren meer systematisch kunnen beoordelen. In de voorgestelde methode wordt een aantal keuzes gemaakt. Deze keuzes worden eerst vanuit de literatuur onderbouwd. Vervolgens wordt het geplaatst tegen de achtergrond van de onderzoekslijn waar het onderzoek een deel van is. Aan de hand van een gevalsbeschrijving wordt verduidelijkt waarop met deze methode de aandacht wordt gericht bij de analyse van het patiëntenprobleem. Alvorens dit te doen bespreken we de bestaande instrumenten waarmee het sociaal functioneren in onderzoek en hulpverlening wordt bepaald.

Evaluatie van bestaande instrumenten in de ambulante zorg aan chronici

Het belangrijkste diagnostische instrument is DSM-III. Weliswaar werkt de DSM-III vanuit herkenbare verschijnselen en criteria, maar het geeft door zijn hoge mate van psychiatrische differentiatie en uitermate gebrekkige koppeling met het sociaal functioneren geen bruikbaar handvat voor de hulp aan chronisch psychiatrische patiënten in de ambulante praktijk. Sterker nog, doordat de DSM-III ontkent uit te gaan van theoretische uitgangspunten is hij juist onwerkzaam (Vaillant 1984). Wil het richting geven aan prognose en behandeling, dan dient het theoretische vooronderstellingen in zich te dragen. Door dit af te wijzen stelt een dergelijk instrument juist een 'niet-diagnostiek' voor: de verbindingen tussen de groepen verschijnselen worden niet gelegd en de etiologie is er geheel uit verdwenen.

Bovendien moet ook nog geconstateerd worden dat het sociaal

functioneren in de DSM-III summier aandacht krijgt. De meeste interventies in de praktische zorg zijn juist hierop gericht. De Global Assessment Functioning Scale (APA 1987) bij voorbeeld, die in As vijf van de DSM-III verwerkt is, geeft arbitrair de belangrijkste aspecten van het sociaal functioneren kort aan, maar geeft geen handelingsoriëntatie. Ten tweede lijkt er nauwelijks enige samenhang tussen de diagnostiek op basis van de DSM-III en de ernst van de sociale disfuncties te bestaan. Studies over bij voorbeeld het beloop van schizofrenie laten een brede variëteit aan niveaus van sociaal functioneren zien. Ten derde is er nauwelijks enige samenhang tussen de classificatie op As-I en de duur van de problematiek. Het laatste lijkt meer samen te hangen met het al of niet werken, met de stabiliteit in het onderhouden van sociale contacten en met de communicatie met het stamgezin. Dit geldt met name voor de schizofrenen (Bleuer 1972; Ciompi 1976; Huber 1979; Strauss e.a. 1977; Wiersma e.a. 1983; Leff 1982) maar evenzeer voor de depressieve stoornissen (Brown en Harris 1978). Instrumenten die in het bijzonder worden aanbevolen voor het meten van sociaal functioneren, zoals de GSB (Wiersma e.a. 1984), de SAS (Weissmann 1978), de Past History and Sociodemographic Description Schedule (WHO 1977) en de Standard Social Interview (Clare 1979), geven wel een meer gedifferentieerd beeld van het sociaal functioneren dan As-V van de DSM-III (the Global Assessment Scale, APA 1976). Echter, zij meten het sociaal functioneren cross-sectioneel en brengen geen relatie tot stand met de ontwikkeling van de problematiek. Hierdoor zijn zij minder goed bruikbaar voor de handelingsoriëntatie van de hulpverlener. Voor de hulpverlening is het ook belangrijk te weten in welke levensfase en waardoor bepaalde rollen veranderen. Zelfs herhaalde cross-sectionele metingen geven geen inzicht in dit proces.

Voortbouwend op de bevinding van vooronderzoek, stellen wij dat de sociale-rolvervulling en de maatschappelijke integratie bij aanvang van de hulpvraag bepalend lijken voor de duur van de problematiek (Escher e.a. 1987; Romme e.a. 1987; Radstake e.a. 1986). Ons onderzoek richt zich op het ontwerpen van een instrument waarmee hulpverleners de ontwikkeling van de sociale-rolvervulling betrouwbaar en valide in kaart kunnen brengen. Het beschrijven van problemen van deze groep in termen van sociaal functioneren en maatschappelijke integratie lijkt zinniger voor het ontwerpen van een behandeling op maat (Romme 1981).

Het normale menselijke handelen als uitgangspunt

De belangrijkste keuze bij ons onderzoek is dat het uitgangspunt 'het normale menselijk handelen' is. Dit is in tegenstelling tot het algemeen gebruikelijk geneeskundig uitgangspunt, dat van de stoornis uitgaat,

dat wil zeggen van het abnormale in menselijk handelen. In de literatuur zijn voor ons standpunt meerdere argumenten te vinden. Nijhof (1980) laat zien dat sociale problemen niet zelden geïndividualiseerd worden en dat daarop uitstoting volgt. Als gevolg van deze uitstoting verliest de psychiatrische patiënt de normatieve sturing uit zijn omgeving. Nijhof beschrijft een sociale dynamiek waaruit valt af te leiden dat de sociale ruimte die mensen, maar vooral psychiatrische patiënten, ter beschikking hebben, toenemend ingeperkt wordt. Deze sociale ruimte kan zodanig verengd worden, dat een proces op gang komt dat leidt tot stoornissen in de geestelijke gezondheid van het individu. Volgens Faulkner e.a. (1984) is dat proces onafhankelijk van de psychiatrische stoornis, maar veeleer een gevolg van de mogelijkheden die de omgeving biedt. Hij baseert zijn ideeën op ervaringen met ambulante patiënten die qua type in navolging van Bachrach (1982) goed omschreven worden als 'young chronics'. Faulkners ideeën kunnen geplaatst worden tegen de meer algemene handelingstheorie van Weber (1972).

De socioloog Weber geeft aan dat ieder individu tijdens het sociale handelen inbreng heeft in de vorm van zijn eigen rolinvulling. Hij stelt dat een individu in het handelen vaardigheden nodig heeft om diverse rollen in het dagelijks leven in te vullen. Doordat anderen hem positief of negatief in die rollen waarden ontwikkelt het individu deze vaardigheden. Het individu leert tijdens dit handelen. Enerzijds zijn er vaardigheden vereist om diverse rollen in het dagelijks leven in te vullen. Anderzijds ontwikkelt ieder individu zijn vaardigheden door 'oude' rollen beter in te vullen en door nieuwe rollen te leren. In de theorie van Weber wordt handelingsruimte gedefinieerd als de mate van vrijheid die het individu heeft om zelfstandig rollen te ontplooiën.

Vanuit dit standpunt achten wij de levensfase waarin voor de eerste maal de door Nijhof beschreven uitstoting plaatsvindt, van belang. Immers, hoe eerder dit tijdstip valt, hoe uitgebreider de rolverstoring. Hoe eerder het tijdstip, hoe meer de rolverstoring globaal en continu verspreid is over meer levensgebieden. Hoe eerder het tijdstip, des te slechter de prognose. Hoe later dat tijdstip valt, hoe vaker sprake is van een lacunaire, beter afgrensbare rolverstoring. Hoe later het tijdstip, des te beter de prognose. De rolverstoring kan zich naarmate de tijd verstrijkt echter verder uitbreiden, zodat met het ouder worden een residu aan beperkingen wordt aangetroffen waarin oorzaak en gevolg nog moeilijk te traceren zijn.

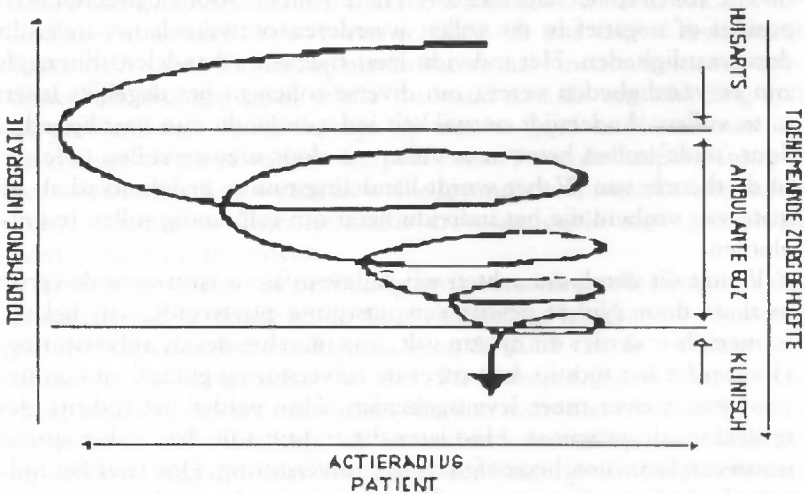
Het sociale handelen is echter ook door de tegenspeler gedefinieerd; het bestaat onder andere uit de verwachtingen die men heeft. Het proces van uitstoting door Nijhof beschreven laat zien dat de handelingsruimte, waarin de psychiatrische patiënt zijn gedrag kan toetsen aan anderen, beperkt is. Sociale isolatie, dat wil zeggen een kwalitatief

en/of kwantitatief tekort aan sociale handelingen, betekent dat een aantal sociale rollen niet of onvoldoende wordt ingevuld en een maatschappelijke integratie niet kan plaatsvinden. Juist omdat sociale isolatie begripsmatig gekoppeld is aan een sociaal handelen, moet bedacht worden dat de oorzaken van de sociale isolatie zowel in het individu als in de interactie met anderen, maar ook in samenhang met maatschappelijke eisen aan het handelen gelegen zullen zijn. Er is sprake van een proces waarin gebrek aan sociale handelingen, kwalitatief of kwantitatief, tot gevolg heeft dat rolinvulling en rolontwikkeling niet of onvoldoende plaatsvinden.

Spiraalkvormig proces

Het boven beschrevene kan leiden tot een spiraalkvormig proces van beperking van handelingsruimte, waarbij geleerde vaardigheden teruglopen, ingevulde rollen 'verleerd' worden en nieuw in te vullen rollen niet geleerd kunnen (of mogen) worden. De handelingsruimte neemt af en de patiënt raakt evenredig sterker van zorg afhankelijk (zie fig. 1).

Figuur 1: Handelingsruimte: een spiraalkvormig proces



Sociale rol is een dynamisch concept, in die zin dat rollen en rolverwachtingen veranderen in tijd, per cultuur verschillen, maar ook gerelateerd zijn aan de ontwikkelingsfase waarin het individu zich bevindt (Krauss-Whitborne 1983). Geslaagde rolinvulling op een terrein heeft een positieve uitwerking op een ander terrein. Dit kan direct zijn, bij voorbeeld door materiële beloning of persoonlijke waardering, dit kan ook indirect, bij voorbeeld door aangeleerde vaardigheden die ook andere nog niet ingevulde rollen toegankelijk maken. Mis-

lukte rolinvulling heeft daarentegen een negatieve uitstraling (Bruhn 1977). Een geïntegreerd hulpverleningsmodel zal naast een medisch en psychisch gerichte optiek ook sociaal handelingsgeoriënteerd moeten zijn met als doel de neerwaartse spiraal ten aanzien van de sociale isolatie en rolinvulling te doorbreken.

Daartoe zal men zich moeten richten op de sociale rolinvulling in de sociale en culturele context van het individu in een specifieke ontwikkelingsfase. Hierbij is ook de rolontwikkeling tot nu toe van belang. Het typische van chronisch psychiatrische patiënten lijkt ons de aanwezigheid van een onvoldoende rolinvulling met perioden van (relatieve) spiraalsgewijze achteruitgang op meerdere fronten. Hierbij kan er eveneens sprake zijn van psychiatrische symptomen die soms oorzakelijk, soms secundair zullen zijn. Deze beïnvloeden mede het proces van achteruitgang.

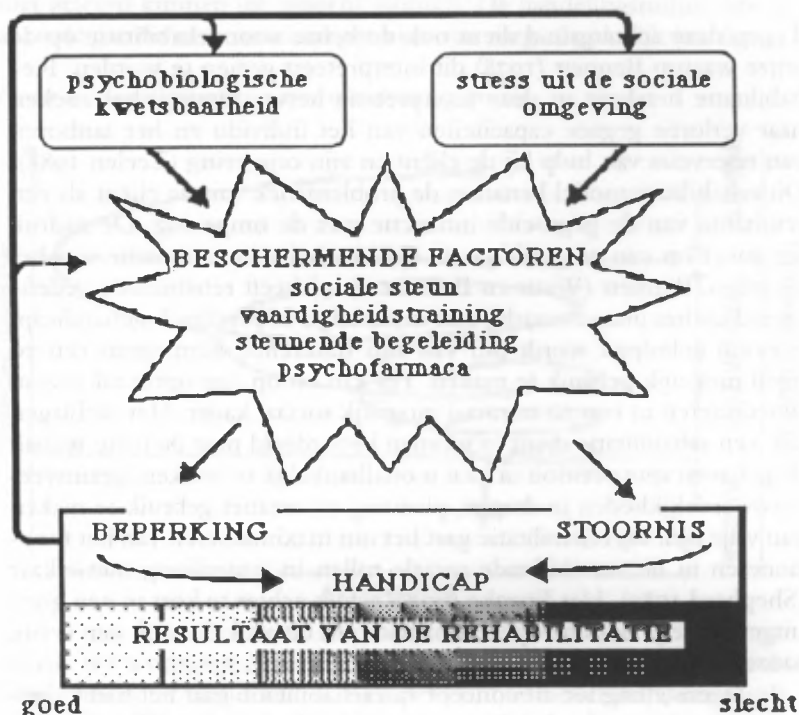
Keuze voor een rehabilitatiemodel

Tegen deze achtergrond dient ook de keuze voor rehabilitatie op de wijze waarop Bennett (1978) dit interpreteert gezien te worden. Rehabilitatie betekent in deze interpretatie herwaardering: het zoeken naar verloren gegane capaciteiten van het individu en het aanboren van reservoirs van hulp bij de cliënt en zijn omgeving (Zeelen 1988). Dit rehabilitatiemodel benadert de problematiek van de cliënt als een resultante van de gegroeide interactie met de omgeving. De nadruk ligt meer op een zorgvuldige en systematische inventarisatie van het verleden. Bennett (Watts en Bennett 1983) heeft rehabilitatie gedefinieerd als het proces waarbij een lichamelijk of psychisch gehandicapt persoon geholpen wordt om van zijn resterende vermogens een zo goed mogelijk gebruik te maken. Hij kan zo op een optimaal niveau functioneren in een zo normaal mogelijk sociaal kader. Het welslagen van een rehabilitatie dient te worden beoordeeld naar de mate waarin de gehandicapte persoon in staat is onafhankelijk te werken, gezinsverantwoordelijkheden te dragen, plezierig en creatief gebruik te maken van vrije tijd. Bij rehabilitatie gaat het om maximaliseren van het functioneren in de verschillende sociale rollen in samenhang met elkaar (Shepherd 1989). Het Engelse model schiet echter te kort in een goed uitgewerkte praktische operationalisatie. In dit artikel wordt een eerste aanzet hiertoe gegeven.

In tegenstelling tot dit concept van rehabilitatie gaat het meer algemeen geaccepteerd rehabilitatieconcept zoals door het WHO en Liberman (1988) geformuleerd uit van een meer statisch principe. Dit 'klassieke' rehabilitatieconcept gaat uit van een stoornis als oorzaak van een functionele beperking die resulteert in een handicap als sociaal substraat. In dit tweede rehabilitatiemodel wordt naar het heden gekeken en geïnventariseerd wat daarin als stoornis, dat wil zeggen als

van de norm afwijkend gedrag kan worden onderkend (zie ook Wiersma; Giel e.a. 1983). Uitgangspunt van dit model is dat de stoornis wordt beschouwd als gegevenheid. De behandeling wordt op de gevolgen van de stoornis afgestemd. De behandeling is concreet en gericht op korte-termijndoelen. De assessment richt zich vooral op het huidige functioneren. Hoewel rekening wordt gehouden met de mogelijkheden die het individu ooit gehad heeft, wordt het verleden maar beperkt geïnventariseerd. Er is geen sprake van een theoretisch concept waarin de verschillende rollen in het dagelijks handelen in samenhang kunnen worden beschreven. Het daarop aansluitend benaderingsmodel zoals Liberman (1988) formuleert beschrijft weliswaar te onderscheiden factoren die bijdragen tot variaties in behandelingsresultaat; het beschrijft echter niet de te veronderstellen samenhang tussen de factoren onderling (zie fig. 2).

Figuur 2: Het Liberman-model



De geleverde hulp biedt beschermende factoren als sociale steun, vaardigheids- en persoonlijkheidstraining en psychotrope medicatie. Deze factoren hebben een buffereffect, soms beschermend, maar soms ook probleemvermijdend, en vormen ieder voor zich een apart onderdeel van de behandeling. Omdat het model echter uitgaat van de stoornis

als gegevenheid veronderstelt het een voornamelijk lineaire relatie tussen de vulnerabiliteit, de geleverde druk van buitenaf en de coping-mechanismen binnen de persoon. Hoewel onderkend wordt dat de handicap weer gevolgen heeft voor de kwetsbaarheid en de stressbestendigheid, biedt het model in zijn implementatie en praktische uitwerking geen samenhangende visie op de ontwikkeling. Het legt geen relaties tussen de ontwikkeling en het huidig functioneren.

Dit staat tegenover de Engelse benadering, een benadering die ervoor pleit meer van circulaire relaties uit te gaan. In deze visie beïnvloedt de stoornis het functioneren, maar kan het functioneren ook leiden tot het ontstaan van de stoornis. Dit impliceert een nauwkeuriger kijk naar de ontwikkeling van het individu in termen van de uitvoering van sociale rollen. In de beschrijving van de ontwikkeling zal daarom met name gelet dienen te worden op de samenhang tussen de ontwikkeling en rolvervulling. Om deze reden wordt in het voorgestelde theoretische model een vijftal gebieden onderkend waarin sociale rollen tot uiting komen waarbij per gebied een samenhang met de ontwikkeling kan worden verondersteld.

Ordering van rollen in levensgebieden

De sociale rollen worden beschreven aan de hand van een vijftal gebieden waarin deze tot ontwikkeling komen. Deze afbakening van vijf gebieden is gebaseerd op de socialisatietheorie van Hurrelmann (1983), die deze onderkent als afgrensbare terreinen, waarin gedrag tot ontwikkeling komt en menselijke activiteit plaatsvindt. De gebieden die omschreven worden zijn:

1. de zelfverzorging en de verzorging van anderen in materiële zin;
2. de rollen in het gezin als kind of volwassene in de zin van hechting, conflictoplossen, probleemoplossen en anderen ondersteunen; samengevat als 'steunrol';
3. de rollen als partner met betrekking tot de seksualiteit en intimiteit;
4. de rollen in het kader van het beroep, dan wel de daginvulling waaraan identiteit wordt ontleend, beschreven aan de hand van de dagelijkse verplichtingen;
5. en tot slot de rollen in het kader van de sociale activiteiten; dat wil zeggen die dagelijkse bezigheden die in relatie met anderen worden ondernomen, maar niet in relatie tot de dagelijkse verplichtingen, niet in relatie tot de omgang met partner, het steun-geven of de (zelf)verzorging staan.

De ontwikkeling van het sociaal functioneren wordt verder uitgediept aan de hand van problemen in deze gebieden. De verloren gegane capaciteiten van het individu kunnen zo meer systematisch worden beschreven naar menselijke activiteiten, die naar de ontwikkeling toe

een duidelijke afgrenzing kennen. Breekpunten in de ontwikkeling treden vooral op bij een overgang van levensfasen, waarin eisen die aan het individu gesteld worden, ingrijpend kunnen veranderen (Krauss-Whitborne 1983).

Het doel van de omschrijving is niet de beperkingen in het functioneren te accentueren, maar te kijken naar patronen die zich in de ontwikkeling en vervulling van de verscheidene sociale rollen voordoen. Om deze reden wordt niet de indeling in rollen, zoals bij de GSB toegepast (Wiersma 1983), gehanteerd.

Op grond van de theorie van Hurrelmann kan tussen verschillende in de GSB als apart onderscheiden rollen een samenhang worden verondersteld. De rollen die in de GSB en diens voorloper de DAS worden toegepast, zijn op empirische gronden onderscheiden, door middel van factoranalyse (zie ook Wiersma 1987). Bij de ordening zoals hierboven wordt voorgesteld zijn rollen onderscheiden op basis van theoretische vooronderstellingen over de menselijke ontwikkeling.

In de GSB en de DAS worden rollen van elkaar onderscheiden die op theoretische gronden juist met elkaar samenhangen. Zo worden bij voorbeeld aspecten in de gezinsrol, de familierol, maar ook de ouderrol door dezelfde onderliggende trek bepaald: het vermogen steun te geven.* Sfeer in het gezin, de affectieve relatie tussen ouders en kinderen en vice versa, maar ook de affectieve relatie met een partner kunnen onder een noemer gebracht worden. Het steungeven wordt opgebouwd vanuit de basic trust in de vroege jeugd, in de puberteit leert het individu op anderen in te gaan en om te gaan met problemen en conflicten binnen het gezin. In de adolescentie wordt dit vermogen uitgetest op en vormgegeven met vrienden en uiteindelijk binnen een relatie.

Aan de hand van een casus wordt in dit artikel geïllustreerd hoe bij chronisch psychiatrische problematiek samenhang tussen enerzijds de te onderscheiden rollen met anderzijds overgangen in levensfasen herkenbaar is. Behandeling van de direct herkenbare problematiek door middel van vaardigheidstraining of psychotherapie kan wellicht zinvoller gericht worden na onderkenning van de achterliggende ontwikkeling, niet alleen individueel-psychologisch maar ook op het gebied van sociale aanpassing en maatschappelijke integratie. In het hierna volgende voorbeeld wordt getracht aan te geven hoe een meer retrospectieve systematische inventarisatie van het sociaal functioneren een hulpmiddel kan zijn om de impasse, waarin de behandeling van chronisch psychiatrische patiënten kan raken, te doorbreken.

* Een vrije vertaling van Affektsozialisation, cf. Hurrelmann. Affektsozialisation vindt plaats binnen het gezin, vervolgens binnen de peergroup en tot slot binnen een als 'lebenswichtig' ervaren relatie; p. 237-239.

Een voorbeeld uit de praktijk

In het voorbeeld wordt de ontwikkeling van een bij de SPD regio Maastricht in behandeling zijnde cliënt weergegeven. In een aantal interviews is met de hulpverlener als informant een beschrijving gemaakt van de ontwikkeling van het sociaal functioneren. Allereerst werd een inventarisatie gedaan naar het functioneren in de vijf levensgebieden op het moment van het interview, vergeleken met de aanvang van de hulpverlening. Vervolgens werd dit geanalyseerd en met de hulpverlener nabesproken. De hulpverlener ging zo nodig aanvullende gegevens na bij de cliënt en trachtte na te gaan wat in de voorgeschiedenis van de cliënt een bindende factor was in het levensverhaal van de cliënt.

Het voorbeeld illustreert hoe meer systematisch gekeken kan worden naar de ontwikkeling van de handelingsruimte en sociale-rolvervulling in de verschillende levensfasen. En hoe een zorgvuldige analyse een andere kijk op problemen kan geven, waar door de jaren heen in de hulpverlening een impasse kan zijn ontstaan. In de beschrijving wordt allereerst een korte schets van de hulpverleningsgeschiedenis gegeven, vervolgens een schets van de ontwikkeling van de sociale-handelingsruimte door het leven heen. De vijf levensgebieden worden beschreven, en aansluitend wordt een korte samenvatting van de behandeling die daarop volgde weergegeven.

Casus

Mevr. P. is een 27-jarige gehuwde vrouw, die sedert 1983 in behandeling is in de geestelijke gezondheidszorg. In 1982 zou zij vlak voor de geboorte van haar dochter nachtelijke paniekaanvallen hebben gehad. Na de geboorte van het kind maakte ze een periode door waarin zij zich lamelijk en lusteloos voelde. Door psychofarmaca te gaan gebruiken kon zij deze klachten in bedwang krijgen. Geleidelijk door de jaren heen is dit gebruik toegenomen tot 12 mg Rohypnol en 60 mg Librium per dag. Zij is gedurende één jaar behandeld bij een polikliniek van een psychiatrisch streekcentrum. Hier was zij wegens paniekaanvallen in behandeling bij een daartoe aan het psychiatrisch streekcentrum verbonden gespecialiseerd team. Vervolgens werd zij drie jaar poliklinisch bij de PAAZ behandeld. In de poliklinische behandelingen zat weinig schot, zodat deze herhaaldelijk werden afgebroken. Patiënte werd terugverwezen naar de huisarts. Geleidelijk raakte zij meer en meer afhankelijk van de medicatie, waaraan zij krampachtig vasthield wegens een angst voor recidief van de paniekaanvallen. Ten slotte werd zij na een klinische opname voor detoxificatie doorverwezen voor behandeling bij de Sociaal-Psychiatrische Dienst. Wat ging hier mis?

Ontwikkeling van handelingsruimte voor aanvang van de behandeling

Mevr. P. is de vijfde uit een gezin met in totaal zes kinderen. Zij beschrijft haar jeugd als zorgeloos, plezierig en gezellig. Zij was altijd actief en werd ook enigszins verwend. Op jonge leeftijd heeft zij haar tien jaar oudere man leren kennen, met wie zij gehuwd is op de dag nadat zijn echtscheiding was uitgesproken. Haar problemen en het eerste contact met de GGZ zijn met name ontstaan rond de geboorte van haar kind, op het moment dat het huwelijk zich stabiliseerde, maar ook op het moment dat een nieuwe fase in haar leven begon. Deze gebeurtenis betekende een belangrijke verandering in haar levenshouding. De eerste jaren van het huwelijk stonden met name in het teken van de opbouw, frequente verhuizingen, inrichting en planning. In deze eerste jaren was zij nog werkzaam. Haar daginvulling en bezigheden werden voor haar gereguleerd. De sociale rollen rond zelfverzorging, de verzorging van anderen, het steungeven, de seksualiteit, het beroep en de sociale activiteiten waren ingebed in een duidelijke structuur, die vooral door de omgeving en de context waar zij zich in bevond werd bepaald.

Opvallend is dat met de geboorte van haar kind blijkt dat ze niet in staat is zorg en steun aan anderen te geven. Doordat voorheen alles voor haar werd georganiseerd is het mogelijk dat ze niet aan de rol van volwassene en partner is toegekomen, dat ze wellicht niet geleerd heeft zelf steun te geven, dat ze evenmin geleerd heeft eigen verantwoordelijkheden in het kader van de dagelijkse verplichtingen op zich te nemen en ook niet geleerd heeft haar eigen tijd in te delen en een eigen sociaal leven erop na te houden.

Na een drukbezet leven met een eigen beroep en het eigen huis nog in opbouw werd haar dag plotseling alleen gevuld met de opvoeding van haar kind. In deze rol voelde zij zich onzeker en vroeg ze steun bij haar omgeving. Van een moeder verwacht je dat ze steun geeft, zij vroeg echter om steun. Bovendien vielen voor haar belangrijke rollen rond het beroep en de sociale activiteiten weg, terwijl dit vervangen werd door een rol waarin zij zich vanaf het eerste moment onzeker voelde. Zodra zij haar daginvulling zelf moest organiseren, bleek zij onvoldoende zelfstandig in de uitvoering van deze taak. Tevens ontstonden er financiële problemen die uit dit gebrek aan zelfstandigheid voortvloeiden; zij kocht meer dan het budget toeliet. Haar man bekritiseerde haar, hetgeen haar onzekerheid versterkte. De angst is te beschouwen als een reactie op een bedreigende levenssituatie waarin ze zelf merkt dat ze niet naar bevrediging functioneert, maar waaruit ze geen uitweg heeft. Terugkijkend naar haar handelingsruimte in het verleden valt een vrij plotselinge inperking op: nadat zij de huishoudschool vlak voor het examen had afgebroken teneinde

in een fabriek te gaan werken is zij op jonge leeftijd getrouwd. De eerste jaren van haar huwelijk waren gekenmerkt door een actief bestaan: het huis opbouwen, werken en deelname aan verenigingsleven. Na de aanvang van haar zwangerschap is haar beroepsrol afgebroken en heeft zij zich alleen gericht op het gezin. Zij hield een beperkt sociaal netwerk over dat met name gevormd werd door de familie van haar ouders, aangevuld met sporadische contacten daarbuiten. Zowel haar rollen in het kader van haar dagelijkse verplichtingen als haar rollen in het kader van sociale activiteiten zijn ineens sterk aan de beperkingen binnen het gezin gebonden.

Inventarisatie van de rollen na aanvang behandeling

Indien gelet wordt op de verdere ontwikkeling van haar sociale aanpassing, omschreven naar de centrale rollen (Staal, Wiersma e.a. 1987) zoals verzorging in materiële zin, haar steungevende rol binnen het gezin en haar rol als partner, valt op dat op meer gebieden vanaf het moment dat zij in behandeling komt een terugval te zien is.

In de eerste rol, de verzorging van het gezin, wordt zij toenemend afhankelijk van haar stamgezin. Zij wordt geholpen in haar financiële problemen, het organiseren van haar huishouden en het doen van boodschappen. In het gezin is zij met de rol van huishoudster en opvoeder van haar kind ontevreden en in haar initiatieven afhankelijk van anderen. Haar man en haar moeder geven de structuur aan waar zij zich in voegt.

In de tweede rol, het steungeven, blijkt zij geen warmte te kunnen geven, noch aan haar man noch aan haar kind. Hier tegenover staat een behoefte aan warmte. Problemen en conflicten worden uitgesteld, maar niet opgelost. Vanuit haar jeugd heeft ze nooit geleerd zelfstandige beslissingen te nemen en zelf keuzes te maken.

Wat betreft de uiting van haar seksualiteit en intimiteit kan worden aangegeven dat haar intimiteitsbeleving beperkt is. De uiting en ontwikkeling van gevoelens rond intimiteit staan onder druk van de gespannen huwelijksrelatie. Een druk die een gevolg is van het als paniekstoornis omschreven, niet geaccepteerde gedrag en de ontwikkeling van haar steeds afhankelijker positie in het gezin. Een druk die toenam doordat in het gezin geen ruimte voor ontspanning was door een continu geladen sfeer. Als gevolg van de gespannen huwelijksrelatie en het onderkennen dat zij niet in staat is te voldoen aan de verwachtingen die aan haar gesteld worden is zij teleurgesteld in zichzelf. Dit leidt tot een passieve opstelling. Deze passieve opstelling versterkt de afhankelijke positie. De aldus beschreven circulaire relatie vormt de grondslag voor de chroniciteit van haar problemen.

Wat betreft de laatste twee rollen: ze voldoet door haar passiviteit niet aan haar dagelijkse verplichtingen en geeft in het geheel geen invulling aan vrije tijd.

Implicatie voor behandeling

Geformuleerd in termen van het functioneren binnen de vijf basisgebieden kan worden aangegeven dat de zelfverzorging, verzorging van anderen, seksualiteit, dagelijkse verplichtingen en de sociale rol zijn afgebrokkeld vanaf het moment dat de cliënte aan de verwachtingen moest voldoen die passen bij de status van een gehuwde vrouw met een kind. Het zelf nemen van initiatief en het geven van steun aan haar man en haar kind zijn fundamentele verwachtingen waaraan zij niet kan voldoen. Zij reageert vervolgens met angst en vermijding. En daardoor ontstaat er ook een inperking van haar rollen in het kader van haar sociale activiteiten. Zij raakt meer en meer geïsoleerd en aangewezen op het huiselijk bestaan. De behandeling in de vorm van de psychotherapie, zoals toegepast in haar poliklinische behandeling, heeft in dat proces van neergang eerder gewerkt als een stabiliserende factor dan als een aanzet tot een verbetering of verandering van haar levenssituatie. Het gegeven dat haar verantwoordelijkheden werden ontnomen heeft de drempel tot verandering alleen verhoogd.

De huidige hulpverlener richt zich met name op uitbreiding van de huidige daginvulling en op de verandering van haar rolvulling in het gezin, door binnen het gezin te letten op de beperkingen die haar worden opgelegd. Tegelijk wordt getracht de verwachtingen die ten aanzien van het functioneren op de verschillende gebieden aan haar werden gesteld, te relativiseren door haar eigen wensen en ideeën over haar rol als huisvrouw te exploreren. En deze af te zetten tegen de verwachtingen die aan haar gesteld worden. Zij wordt gestimuleerd steun te zoeken bij andere vrouwen in haar directe omgeving om zo meer los te komen van haar moeder en haar man. Niet de paniekstoornis wordt behandeld, maar het kleine support-netwerk dat deze stoornis zo zorgvuldig in stand hield. Dit wordt niet gedaan door het individu alleen op pad te sturen, maar juist door haar situaties aan te bieden waarin zij onafhankelijk van het kleine support-netwerk zich veilig voelt. Een voorbeeld is het vrijwilligerswerk binnen een kleuterschool. Na verloop van tijd raakte zij meer ingebed in haar eigen omgeving in een meer onafhankelijke positie. Momenteel heeft ze eenmaal per twee maanden een gesprek, dat vooral gericht is op preventie van het opnieuw afhankelijk worden zowel van anderen als van de anxiolytica.

Epiloog

Aan de hand van deze gevalbeschrijving is aan te geven hoe de problematiek bij chronisch psychiatrische patiënten in een impasse kan raken. Gedemonstreerd is dat enige verandering wel degelijk mogelijk blijkt wanneer de ontwikkeling van de sociale-rolvulling en de hande-

lingsruimte zorgvuldig wordt geanalyseerd en niet alleen de psychologische ontwikkeling wordt bekeken. De ordening binnen de rollen is gebaseerd op de socialisatietheorie van Hurrelmann. Deze benadering gaat uit van theoretische vooronderstellingen over een samenhang tussen rolvervulling en menselijke ontwikkeling. Het komt in de plaats van een ordening gebaseerd op empirische differentiaties in sociale-rolvervulling.

In dit artikel is deze ordening in het sociaal functioneren gehanteerd in de beschrijving van één cliënt. Dezelfde ordening vormt de basis van een instrument waarmee de ontwikkeling van het sociaal functioneren van chronisch psychiatrische patiënten kan worden beschreven. Een volgend artikel zal ingaan op een beschrijving op groepsniveau van een 47-tal case-reports aan de hand van het instrument.

Literatuur

- Adler, D.A. (1984), Viewing chronic mental illness: a conceptual framework. *Comprehensive Psychiatry* 25, 192-207.
- American Psychiatric Association (1987), *The DSM-III revised*, Washington DC.
- Baars, H.M.J., en J.Th.F. Uffing (1987), Sociale Netwerken, reservoirs van hulp bij problemen in de geestelijke gezondheid. *Metamedica* 66, 138-148.
- Bachrach, I. (1982), Young adult chronic patients, an analytical review of literature. *Hospital and Community Psychiatry* 33, 189-197.
- Bennett, D.H. (1978), Social forms of psychiatric treatment. In: J.K. Wind (red.), *Schizophrenia, towards a new synthesis*, Academic Press, Londen.
- Betgem, P. (1987), Intramurale Psychiatrische Patiënten Observatie (IPPO): een beoordelingsschaal op gedragsniveau. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 29, 6, 356-364.
- Brown, G.W., en T. Harris (1978), *Social origins of depression*. Tavistock Publications, Londen.
- Bleuer, M. (1972), *Die Schizophrenen Geistesstörungen*. Georg Thieme Verlag, Stuttgart.
- Bruhn, J.G. (1977), Effects of chronic illness on the family. *Journal of Family Practice* 4, 6, 1057-1060.
- Ciampi, L., en E. Miller (1976), *Lebensweg und Alter der Schizophrenen, eine katamnestische Langzeitstudie bis ins Zenium*. Springer Verlag, Berlijn.
- Clare, A., en V.E. Cairns (1978), Design, development and use of a standardised interview to assess social maladjustment and dysfunction in community studies. *Psychological Medicine* 8, 598-604.
- Erickson, E.H. (1963), *Childhood and society*. New York, W.W. Norton & Co.
- Escher, A.D.M.A.C., M.A.J. Romme, M.G.G.J. Breuls en G.A.M. Driessen (1978), Maatschappelijk kwetsbaar en langdurig psychiatrisch ziek zijn. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 5, 266-281.
- Gerhardt, U. (1971), *Rollenanalyse als kritische Soziologie*. Luchterhand Verlag, Neuwied.
- Faulkner, L.R. (1984), Productive activities for the chronic mental patient. *Community Mental Health Journal* 20, 109-123.
- Hafkenscheid, A. (1987), De 'Nurses Observation Scale for Inpatient Evaluation'

- (NOSIE-30): interbeoordelaars-betrouwbaarheid, stabiliteit en onderscheidend vermogen. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 29, 8, 493-503.
- Honig, A., D.W.S. Radstake, M.A.J. Romme en M.G.G.J. Breuls (1987), Problem analysis: an instrument in the rehabilitation of chronic psychiatric patients in the community. *The International Journal of Social Psychiatry* 33, 4, 303-311.
- Huber, G., G. Gross en R. Schuttler (1979), *Schizophrenie, eine verlaufs- und sozial-psychiatrische Langzeitstudie*. Springer Verlag, Berlijn.
- Hurrelmann, K., e.a. (red.) (1983), *Sozialisierungstheorie*. Springer Verlag, Berlijn.
- Jablenski, A., R. Schwartz en T. Tomov (1980), WHO collaborative study on impairments and disabilities associated with schizophrenic disorders. A preliminary communication: objectives and methods. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 67, 339-352.
- Leff, J.A. (1982), Controlled trial of social intervention in the families of schizophrenic patients. *British Journal of Psychiatry* 141, 121-134.
- Liberman, R.P. (1988), American psychiatric press. *Psychiatric rehabilitation of chronic mental patients*. Washington D.C.
- Nijhof, G. (1980), *Sociale ongelijkheid en psychiatrische problemen*. Uitgeverij Link, Nijmegen.
- Platt, S., A. Weyman, S. Hirsch en S. Hewitt (1980), The Social Behaviour Assessment Schedule (SBAS): rationale, contents, scoring, and reliability of a new interview schedule. *Social Psychiatry* 15, 43-55.
- Radstake, D.W.S., e.a. (1986), *De Chronisch Psychiatrische Patiënt*. Interne publikatie vakgroep Sociale Psychiatrie.
- Romme, M.A.J., H. Kraan en R. Rotteveel (1981), *Wat is sociale psychiatrie?* Samson, Alphen aan den Rijn.
- Romme, M.A.J., A.D.M.A.C. Escher, D.W.S. Radstake en M.G.G.J. Breuls (1987), Een indeling in groepen van patiënten met een langdurige psychiatrische patiëntencarrière. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 4, 197-211.
- Shepherd, M. (1989), *Rehabilitatie van de chronisch psychiatrische patiënt*. Bohn, Scheltema en Holkema.
- Staal, J.L., D. Wiersma e.a. (1989), Het beloop van psychopathologie en sociale beperkingen. Een exploratieve voorstudie onder psychiatrische polikliniekpatiënten. *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg* 67, 92-95.
- Strauss, J.S., en W.T. Carpenter (1977), The prediction of outcome in schizophrenia III. *Archives of General Psychiatry* 34, 159-163.
- Vaillant, G.E. (1984), A critical review on the DSM-III. *American Journal of Psychiatry* 141, 4, 539-542.
- Watts en Bennett (1983), *Theory and practice of psychiatric rehabilitation*. John Wiley & Sons.
- Weber (1972), *Wirtschaft und Gesellschaft, Grundriss der verstehenden Soziologie* (Studien Ausgabe), 5e gereviseerde oplage door Winckelman, J.C.B. Mühr, Tübingen.
- WHO (1977), International Pilot Study on Schizophrenia.
- Wiersma, D., R. Giel, A. de Jong en C.J. Slooff (1983), Sociale beperkingen ten gevolge van functionele psychosen II. *Tijdschrift voor Gezondheidszorg* 61, 5, 168-174.
- Wiersma, D., R. Giel, A. de Jong en C.J. Slooff (1984), Chroniciteit bij functionele psychosen. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 26, 402-419.
- Weissmann, M.M., B.A. Prusoff, W.D. Thompson, P.S. Harding en J.K. Meyers

- (1978), Social adjustment by self-report in a community sample and in psychiatric outpatients. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 166, 5, 317-326.
- Weissmann, M.M., Sholomskas en K. John (1981), The assessment of social adjustment, an update. *Archives of General Psychiatry* 38, 11, 1250-1258.
- Wing, J.K., en B. Morris (red.) (1981), *Handbook of psychiatric rehabilitation practice*. Oxford University Press.
- Zeelen, (red.) (1988), *Arbeid, Psychiatrie en Samenleving, Verslag van een congres*. Bohn, Scheltema en Holkema.

Summary:

Successful rehabilitation of the chronic mentally ill quite often depends on interventions in the social environment (Shepherd 1989). Enhancement of social functioning means optimizing existing social roles and facilitating a productive environment in which the patient can explore new roles (Bennett 1978). For the judgement of social functioning some seven instruments have been translated into the Dutch language (the SBAS, the DAS, the SIS, the SAS, the GSB, the NOSIE and the IPPO; footnote). Most of these instruments were made for research purposes. None of them gives any information about lifetime development in social functioning. In the chronic mentally ill behaviour is a result of longterm interaction with the direct personal environment (Adler 1984). This article shows how the development of social functioning can be analyzed. The principles of an instrument to be used as a starting point for intervention are illustrated with a case-history. The instrument is developed in a collaborative study of the Department of Social Psychiatry, University of Limburg, and the Service for chronic mentally ill of the Community Mental Health Centre, Maastricht, Holland.

E. Noorthoorn is als AIO, M. Romme als hoogleraar sociale psychiatrie en H. Hamers als socioloog verbonden aan de vakgroep Sociale Psychiatrie van de Rijksuniversiteit Limburg, en L. Vallenga als sociaal-psychiatrisch verpleegkundige aan de RIAGG te Maastricht.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 30-10-1990.