

Over arbeid, handicaps en rehabilitatie

door J. van Weeghel en J. Zeelen

Samenvatting

De theorievorming over arbeidsrehabilitatie is al jarenlang gestagneerd. De Britse school van Bennett c.s. heeft vrijwel als enige het erfgoed van de Duitse psychiater Simon verder ontwikkeld. Bennetts benadering kan worden gekarakteriseerd als empirisch en pragmatisch, op het individu toegesneden en maatschappijgericht. Zijn arbeidsbegrip en ziektebegrip zijn echter in theoretisch opzicht niet op elkaar betrokken.

Vervolgens worden inzichten beschreven op het brede terrein van arbeid en persoonlijkheidsontwikkeling. Iedere theorie over arbeidsrehabilitatie moet enerzijds waken voor een psychiatrische reductie van het fenomeen werkstoornissen, en anderzijds voor een sociologische reductie waarin individuele handicaps worden genegeerd.

Ten slotte pleiten de auteurs voor een uitgebreider en gedifferentieerder arbeidsrehabilitatieconcept, dat ruimte biedt aan preventie, behandeling en nazorg, dat beantwoordt aan het steeds bredere spectrum van behandelcarrières, en dat tegemoet komt aan de individuele behoeften van cliënten.

Inleiding

'Zwijgen is zilver, spreken is lood en handelen is goud', luidt een uitspraak van Hermann Simon uit de jaren twintig (geciteerd door Van der Drift 1959, 59). Zijn in Gütersloh ontwikkelde behandelingsaanpak heeft een belangrijke invloed uitgeoefend op de ontwikkeling van de psychiatrie in een aantal Westeuropese landen (Van der Scheer 1933; Scheffer 1929). Simons pleidooi voor een 'actievare' behandeling maakte de weg vrij voor de latere arbeidstherapie.

Sinds die tijd heeft de psychiatrie in West-Europa nogal wat veranderingen ondergaan. Hoewel er relevante verschillen tussen de ontwikkelingen in de Bondsrepubliek, Engeland en Nederland te constateren vallen, kan vastgesteld worden dat de ontwikkeling van de arbeidstherapie (in het vervolg spreken we van arbeidsrehabilitatie) zowel wetenschappelijk als praktisch dreigt te stagneren (Iedema 1985). Het is wellicht verleidelijk om de oorzaken voor deze stagnatie voornamelijk te zoeken in de gevolgen van de alom heersende economi-

sche crisis. Ofschoon daar heel wat gedegen argumenten voor aan te voeren zijn (zoals de sterk afgenomen kansen van (ex-)psychiatrische patiënten op de arbeidsmarkt) dient niet vergeten te worden dat ook in tijden van hoogconjunctuur er nauwelijks sprake was van een 'voortreffelijke' arbeidsrehabilitatie. In dit artikel zullen we proberen een aantal fundamentele achtergronden van dit verschijnsel op het spoor te komen, waarbij ook de 'interne' ontwikkeling van de psychiatrie, zowel in theoretisch als in praktisch opzicht, niet buiten beeld zal blijven. Onze eigen positie zullen we vooral schetsen aan de hand van een bespreking van het rehabilitatieconcept van John Wing en Douglas Bennett uit Engeland. Aan het eind van het artikel wordt nog beknopt ingegaan op een aantal implicaties van ons verhaal met betrekking tot de preventie, de behandeling en de nazorg in de hedendaagse geestelijke gezondheidszorg.

De centrale vraag sinds Simon

Zoals reeds vermeld heeft Simon een belangwekkende aanzet tot een arbeidsrehabilitatie gegeven. In Nederland is het met name Van der Scheer (1933) geweest die de ideeën van Simon in praktijk heeft proberen te brengen. De aanpak van Simon werd gekenmerkt door de volgende elementen: het aanspreken van de vaardigheden waarover de patiënt nog wel beschikt; het benutten van de structurerende werking van discipline en activiteit; de oriëntatie op wat maatschappelijk gezien nuttig is, en een onverbloemd arbeidsethos. Samenvattend valt zijn tegen de toenmalige bedverpleging gerichte aanpak te karakteriseren als (gedeeltelijk) humanistisch, pragmatisch, en maatschappelijk georiënteerd. Tegelijkertijd kan vastgesteld worden dat Simon het traditionele medische ziektebegrip nauwelijks veranderd heeft. Hij bleef in grote lijnen trouw aan het door Kraepelin ontworpen psychiatrische classificatiesysteem. Ook zijn Pruisisch getinte arbeidsbegrip kon in die tijd nauwelijks revolutionair genoemd worden. Zijn verdienste lag voornamelijk in het feit dat hij het ziektebegrip en het arbeidsbegrip in de behandeling op elkaar betrokken heeft, waarbij echter al van meet af aan een soort arbeidsdeling tussen beide leek aangebracht. De centrale vraag in deze bijdrage is dan ook in hoeverre we vandaag de dag op dit punt enige vooruitgang geboekt hebben. Met andere woorden: *in hoeverre is de relatie tussen het arbeids- en ziektebegrip gedynamiseerd, zodat van een wetenschappelijk gefundeerde arbeidsrehabilitatie gesproken kan worden?*

Sinds de tijden van Hermann Simon is de psychiatrie in diverse stroomversnellingen geraakt. Kritische stromingen als de anti-, de sociale en de democratische psychiatrie hebben op verschillende manieren het medische model onder vuur genomen. De negatieve gevolgen van een langdurige opname in een kazerneachtige omgeving ver weg van de gewone maatschappij worden nu door bijna iedereen onder-

kend. Anderzijds kan geconstateerd worden dat binnen de kritische aanzetten veelal de fout werd gemaakt de problematische kanten van een psychiatrische opname uitsluitend te koppelen aan allerlei institutie-effecten zoals bij voorbeeld de hospitalisatieverschijnselen. Dit heeft wellicht tot gevolg gehad dat men van een ver doorgevoerde deïstitutionalisering 'automatisch' te veel verwachtte (Van der Laan, Wolf, Zeelen 1984; Zeelen 1986). Mogelijk dat hier ook de oorzaak ligt van het feit dat de kritische alternatieven geen systematische bijdrage hebben geleverd aan de verdere ontwikkelingen van onder andere de arbeidsrehabilitatie.

Het Britse rehabilitatieantwoord van Bennett

Een van de weinigen die de kritiek op de traditionele inrichtingspsychiatrie hebben verbonden met een constructieve poging het erfgoed van Simon verder te ontwikkelen, is Douglas Bennett (1970, 1977; Watts en Bennett 1983). In samenwerking met onder anderen John Wing en Fraser Watts heeft hij de afgelopen jaren zowel theoretisch als ook in zijn praktische werk in het Maudsley Hospital in Londen een vernieuwd concept van arbeidsrehabilitatie tot ontwikkeling gebracht. In de rehabilitatie gaat het er volgens Bennett om de patiënt in staat te stellen zijn 'overgebleven' competenties zo goed mogelijk te gebruiken in een zo sociaal mogelijke situatie. Dit impliceert dat het ideale, maar lang niet altijd te realiseren, doel van de rehabilitatie de reïntegratie in de arbeidswereld en in het gezin behoort te zijn. Zijn model heeft dus niet louter betrekking op het werken maar strekt zich tevens uit over het gebied van het gezin en het sociale netwerk (vgl. Katschnig en Konieczna 1984). Bennett onderstreept echter keer op keer dat de arbeidsdimensie, ook niet in deze tijden van hoge werkloosheid, tot de sluitpost van de rehabilitatie moet verkommeren. De belangrijkste kenmerken van zijn model kunnen in de volgende 4 punten worden samengevat:

- Rehabilitatie moet niet pas aan het eind van de opname plaatsvinden. Al heel vroeg in de behandeling behoort men met de rehabilitatie te beginnen.
- Tijdens de rehabilitatie dienen er geen standaardprogramma's te worden afgewerkt. Op basis van een nauwkeurige klinische, persoonlijkheids- en arbeidsanamnese, plus observatie in een zo realistisch mogelijk milieu, moet een op de individuele patiënt toegesneden rehabilitatieprogramma worden ontwikkeld.
- Dit rehabilitatieprogramma moet stapsgewijs worden opgebouwd, waarbij de laatste stap, vlak voor het ontslag, zo realistisch mogelijk vorm moet krijgen om de overgang naar de in de maatschappij vereiste sociale en arbeidsrol voor de patiënt mogelijk te maken.
- Het creëren van een zo realistisch mogelijk arbeidsmilieu in de rehabilitatie impliceert een op maatschappelijke standaarden georiënteerd arbeidsvergoedingensysteem.

Tot zover enkele karakteristieken van de aanzet van Bennett. Vervolgens is de vraag relevant in hoeverre Bennett met zijn model van arbeidsrehabilitatie een bijdrage levert aan de verdere dynamisering van het arbeids- en ziektebegrip.

Het ziektebegrip van Bennett en Wing

Bennetts benadering van het ziektebegrip is ontleend aan het handicapconcept van John Wing, dat door deze in jarenlange onderzoeksarbeid is ontwikkeld (Wing en Brown 1970; Wing 1978). Wing onderscheidt drie verschillende vormen van psychische handicaps: premorbide, primaire en secundaire handicaps.

Premorbide handicaps omvatten factoren, die niet zozeer de oorzaak vormen van de ziekte, maar die hoe dan ook een negatieve invloed uitoefenen op het verloop van de ziekte, bij voorbeeld sociale klasse, lichamelijke handicaps en opleidingsniveau. In dit verband merkt Wing op dat '(...) the socially disadvantaged are more at risk for developing all sorts of diseases, schizophrenia being one of them' (Wing 1978, 1336).

Primaire handicaps vat Wing vervolgens op als afwijkingen van het normale gedrag, die als gevolgen van de psychische ziekte dienen te worden beschouwd, zoals hallucinaties of sterk teruggetrokken gedrag (indien van een 'poverty syndrome' sprake is).

Secundaire handicaps ten slotte verwijzen naar handicaps die weliswaar niet direct voortvloeien uit het ziekteproces, maar die verklaard moeten worden uit de reacties van alle betrokkenen op de ziekte. Wing onderscheidt twee aspecten aan het verschijnsel secundaire handicap: a) De persoonlijke reactie van de patiënt op de ziekte. Deze reactie hangt niet alleen samen met de aard en de ernst van de ziekte, maar ook met de persoonlijkheid van de patiënt, zijn sociale houding en zijn eerdere ervaringen met (de) ziekte. b) De reactie van het sociale netwerk waar de patiënt deel van uitmaakt en van wiens opstelling hij min of meer afhankelijk is, bij voorbeeld zijn familie, zijn werkgever en zijn behandelaars (Wing 1983).

Indien we Bennett en Wing goed begrepen hebben gaat het er in de rehabilitatie met name om de secundaire handicaps terug te dringen, met als inzet dat de patiënt leert om bij zijn terugkeer in de maatschappij beter met zijn primaire handicaps overweg te gaan. In hoeverre deze primaire handicaps zelf ook door een actieve rehabilitatie kunnen worden beïnvloed blijft onduidelijk. In een onderzoek van Wing en Brown (1970) wordt weliswaar een dergelijk verband aangetoond maar dit spoor wordt verder niet meer systematisch (bij voorbeeld leidend naar mogelijke consequenties voor de diagnostiek) gevolgd (Buissink 1985).

Samenvattend kunnen we vaststellen dat het handicapconcept van Wing en Bennett een aanzienlijke dynamisering van het klassieke me-

dische ziektebegrip heeft opgeleverd. Veel als ziekteverschijnselen ge-diagnostiseerde gedragingen van psychiatrische patiënten kunnen langs deze weg in hun sociale en maatschappelijke betekenis begrepen worden. Bovendien bezit dit concept een vruchtbare pragmatische relevantie als het erom gaat het rehabilitatieproces rond de drie dimensies wonen, werken en sociale contacten nader te structureren en te systematiseren. Deze pragmatische attractiviteit heeft echter ook haar keerzijde. De pragmatische uitweg van Wing en Bennett uit het vraagstuk van de maatschappelijke, psychische en biologische genese van de psychische stoornis zou tot een verwaarlozing kunnen leiden van het onderzoek naar mogelijke verbanden tussen met name premorbide en primaire handicaps. In het kader van de arbeidsrehabilitatie zou dit bij voorbeeld kunnen inhouden dat mogelijke verbanden tussen arbeidsomstandigheden en het ontstaan van psychische stoornissen bij voorbaat al uit het zicht verdwijnen. Op deze manier dreigt de al bij Simon aangetroffen arbeidsdeling tussen medische behandeling en maatschappelijk georiënteerde rehabilitatie al te lichtvaardig gereproduceerd te worden.

Het arbeidsbegrip in het Britse model

Een vergelijkbaar probleem doet zich voor als we het in Bennetts rehabilitatieconcept gebruikte arbeidsbegrip nader beschouwen. Zonder twijfel zijn in zijn aanzet de moraliserende kenmerken van het Simonse arbeidsbegrip overwonnen. Bovendien toont Bennett in zijn geëngageerde pleidooi inzake de betaling van (ex-)patiënten dat hij een open oog heeft voor het uitbuitingsgevaar dat het arbeidsproces in onze maatschappij in zich bergt.

Opvallend is echter dat de Britse rehabilitatieschool van Bennett c.s. vooral de extrinsieke aspecten van loonarbeid beklemtoont (de drie S'en: Status, Salary and Success). Bennett ziet in het werk zelf geen 'therapeutische' waarde, het is vooral een belangrijk middel tot het realiseren van rehabilitatiedoeleinden (Bennett 1977). Stapsgewijs wordt de patiënt op zijn toekomstige sociale *rol* van werknemer voorbereid. Men kan overigens Bennett en anderen uit de Britse rehabilitatieschool niet verwijten dat hun oriëntatie op rolverwachtingen voortkomt uit een waanidee over maatschappelijke arbeid. Hun aanpassingsconcept stoelt immers op een gedegen, eigen onderzoekspraktijk, die op gedetailleerde wijze heeft aangetoond dat een ex-patiënt pas slaagt op de Britse arbeidsmarkt, als hij op een minimumniveau van praktische, maar vooral ook sociale competentie is gebracht.

Uit dergelijke onderzoeken is gebleken dat een ex-patiënt niet alleen moet kunnen produceren, maar zich bovendien moet kunnen gedragen, zoals het een goede werknemer betaamt. Hij dient over de juiste 'work personality' te beschikken: inzet tonen, zich aan de werktijden houden, met collega's overweg kunnen, naar zijn chef luisteren,

en vooral zijn omgeving niet in verlegenheid brengen met aanstootgevend gedrag (Cheadle en Morgan 1972; Watts 1978).

Cheadle c.s. wisten op grond van hun onderzoek bijna tot achter de komma nauwkeurig naar wie werkgevers zoeken: 'A person who is keen, cooperative and easy to handle, though slow and not very skill-full (...)' (Cheadle en Morgan 1972, 437).

Bij Bennett c.s. is het arbeidsbegrip dus niet versmald tot een louter technische taakuitoefening. Men heeft immers door middel van eigen arbeidsmarktonderzoek een realistische kijk op de communicatieve vereisten van maatschappelijke loonarbeid, en men schenkt aandacht aan het ontwikkelen van de, vaak gebrekkige, sociale competentie van psychiatrische patiënten (Bennett 1977).

Echter, het aanleren van vaardigheden schijnt volbracht te zijn, als de ex-patiënt eenmaal een plaatsje onder de (arbeids)zon van onze samenleving heeft bereikt. Problemen inzake de kwaliteit van de arbeid worden op die manier op onkritische wijze ontkend (Iedema 1985, 49). Met als gevolg dat eventuele terugvallen van ex-patiënten alleen nog maar verklaard kunnen worden uit gebrekkig rolgedrag. De harde realiteit van de huidige loonarbeidsverhoudingen wordt tot maatstaf van een geslaagde rehabilitatie gemaakt. De ex-psychiatrische patiënt lijkt gerehabiliteerd te worden tot een tweederangs burger; hij wordt als 'Arbeitskraft weniger Güte' geïntegreerd in de secundaire arbeidsmarkt (Jantzen 1978). Overigens zijn binnen dezelfde Britse reabilitatietraditie de desastreuze effecten van de economische crisis op de arbeidskansen van psychiatrische patiënten empirisch aangetoond. We moeten echter constateren dat dit inzicht in de dynamiek van de arbeidsmarkt niet heeft geleid tot een verdere dynamisering van zowel hun arbeidsbegrip als hun handicapconcept. In tegendeel, de hogere drempels voor de toegang tot de arbeidsmarkt worden als vaststaande gegevens aanvaard, waaraan men de mate van gehandicapt-zijn kan afmeten. Kennelijk onder het motto 'alle psychiatrische patiënten zijn kansloos, maar sommigen zijn kanslozer dan anderen', moet een formule van testcores uitsluitsel geven over de vraag wie net wel en wie net niet kunnen slagen op de arbeidsmarkt (Morgan en Cheadle 1975; Morgan en Gopaldaswamy 1983; Van Weeghel 1984). Het is echter aanmerkelijk dat met name het optreden van secundaire handicaps sterk wordt beïnvloed door de toestand op de arbeidsmarkt. Die invloed verloopt via de minimumeisen die werkgevers stellen aan een competente werknemer, en via daarop gebaseerde verwachtingen van Belangrijke Anderen (familie, behandelaars), waarop de patiënt vervolgens voor een deel zijn zelfbeeld baseert. De geschiedenis leert ons dat deze eisen en verwachtingen lager worden bij een krappe arbeidsmarkt. Daardoor komen ex-patiënten gemakkelijker aan werk, hetgeen hun maatschappelijke positie ten goede komt. Dit gaat gepaard met een in positieve zin veranderend zelfbeeld en sociaal handelen, of anders gezegd: het verdwijnen van secundaire handicaps.

Natuurlijk moeten we dergelijke verbanden tussen macro-ontwikkelingen en individueel handelen niet al te lineair en deterministisch opvatten, maar het is wel duidelijk dat een arbeidsrehabilitatietheorie oog moet hebben voor deze samenhangen. Het is de verdienste van E. Wulff geweest, dat hij al in 1971 aan de hand van enkele case-analyses overtuigend liet zien hoezeer deze dynamiek de arbeidscarrière van individuele psychiatrische patiënten kan bepalen (Wulff 1972).

Aansluitend moeten we constateren dat in de empirisch-pragmatische conceptie van Bennett c.s. het 'rehabilitatieconflict' onzichtbaar blijft. Wulff verwees met deze term naar het fundamentele conflict tussen enerzijds de mechanismen in een arbeidswereld onder kapitalistische verhoudingen waaruit onvermijdelijk ziekmakende werkomstandigheden en uitstoting van zwakkeren voortvloeien, en anderzijds de belangen van ex-patiënten die, met hulp van hun behandelars, proberen om binnen die weerbarstige realiteit tot ontplooiing van hun mogelijkheden te komen. Wulff kwalificeerde deze rehabilitatiepogingen als 'unendlich', en sprak terecht van 'Sozialpsychiatrische Sisyphus-Arbeit', zolang ziekmakende omstandigheden en dreigende werkloosheid grote delen van de gehele werkbevolking treffen.

Het rehabilitatieconcept van Bennett c.s. behoeft dus verdere differentiatie, met name in de richting van een preventietheorie inzake 'werkstoornissen'. Daartoe is éérst nodig dat de relatie tussen het arbeidsbegrip en het ziektebegrip nader bekeken wordt. Dat een dergelijke dynamisering mogelijk is, moet blijken uit de navolgende inzichten op het brede gebied van arbeid en werkloosheid in relatie tot psychische problematiek danwel persoonlijkheidsontwikkeling.

Arbeidsdeprivatie en psychische problematiek

Diverse studies hebben aangetoond dat onvrijwillige werkloosheid in het algemeen als negatief wordt ervaren, en – enigszins afhankelijk van iemands leeftijd, arbeidsverleden en de duur van de werkloosheid – een verhoogd risico voor psychische problemen meebrengt (Wacker 1978).

Psychische problematiek van werklozen hangt veelal samen met een combinatie van factoren: financiële problemen, sociaal isolement, gevoelens van nutteloosheid, verlies van een vaste tijdsstructurering en een vast activiteitenpatroon. Enkele onderzoeken hebben zelfs laten zien dat onder werklozen een significant hoger percentage psychiatrische stoornissen voorkomt (Payne, Warr en Hartley 1984). Verder leren studies uit de VS en uit Nederland dat tussen psychiatrische opnames (vooral heropnames) en werkloos zijn een duidelijke samenhang bestaat (Jackson en Warr 1984; Zeelen en Ozinga 1987).

Hoewel recent empirisch onderzoek op dit gebied nog schaars is, hebben sommige auteurs sterke vermoedens dat vooral langdurig werklozen, vanwege hun sociale isolement en het in onbruik raken

van vaardigheden, minder gemakkelijk informatie opnemen en verwerken, zich moeilijker kunnen concentreren en moeite hebben met beslissingen nemen (Warr 1982). Vanzelfsprekend werkt zo'n verlies aan cognitieve en handelingscompetentie dekwalificerend, en dus bemerkerend bij het goed functioneren in een eventuele nieuwe werkring.

In dit verband is weleens over het 'werkloosheidssyndroom' gesproken, en daarop aansluitend over het 'werkhervattingssyndroom' (Heslinga 1986; Heemskerk, Merkelbach, Van Weeghel en Wieme 1986). In dat laatste begrip worden alle psychische en lichamelijke afweerreacties samengevat, die mensen vertonen als ze na langdurige inactiviteit proberen opnieuw aan het werk te gaan. Zonder het werkloosheidsprobleem te willen psychiatriseren, dringt zich toch de vergelijking op met het bekende 'hospitalisatiesyndroom', dat immers ook pas goed zichtbaar wordt wanneer inrichtingsbewoners na jaren van isolement en onderstimulatie vaak met de grootste moeite tot nieuwe initiatieven komen.

Ten slotte de constatering, dat zelfs mensen die dagelijks hun werk moeten doen in één van die talloze banen met een laag inkomen, monotoon werk en nauwelijks maatschappelijke status, die situatie toch verkiezen boven een werkloos bestaan. Zo waardeerde een WSW-werknemer, die zelf vond dat hij 'rotwerk' deed, zijn positie desgevraagd toch positief: 'De tijd gaat me beter om, ik heb een paar centen meer, en ik ben van de drank af'. (Code V b. Bijlage *Vrij Nederland* 1980, p. 3).

Arbeid en psychische gezondheid

Uit dit laatste citaat mogen we niet concluderen dat werken en psychische gezondheid onvoorwaardelijk met elkaar samenhangen. Zo rapporteren Dörr en Naschold (1982) dat in de BRD ongeveer 40% van alle arbeidsplaatsen vanwege meervoudige psychische belasting dringend aan een herstructurering toe zijn. Verder doet Warr (1982) de uitspraak, dat in Engeland op enig moment ongeveer 5% van alle werknemers professionele hulp zoekt vanwege, met het werk samenhangende, psychische problemen. Ook in Nederland vormen psychische problemen, al of niet direct met de werksituatie samenhangend, de meest frequente en snelst stijgende aanleiding tot een arbeidsongeschiktheidsverklaring (De Klerk, Petersen en Diependaal 1983). Diverse studies naar het verband tussen werk en psychische gezondheid leveren bij elkaar zo'n schril contrastbeeld op van de huidige arbeidswereld, dat we met recht kunnen spreken van een psychopathologie van de arbeid (Van Weeghel 1979; Van Weeghel en Zeelen 1981). De geconstateerde psychische risicofactoren variëren van systematische onderbelasting tot chronische overbelasting, van onduidelijke, dubbelzinnige rolverwachtingen tot dreigend baanverlies, van slechte werkomstan-

digheden tot een autoritaire bedrijfshiërarchie. Bij al deze, op het eerste gezicht soms tegenstrijdig lijkende, onderzoeksbevindingen moet worden bedacht dat ze vooral aangetroffen worden in de onderste lagen van arbeidsorganisaties. Een belangrijke gemeenschappelijke noemer voor dergelijke pathogene werksituaties is, dat het werknemers daarin ontbreekt aan handelingsspeelruimte, dat wil zeggen aan individuele en collectieve controlemogelijkheden over hun werkomstandigheden.

Zo hebben verschillende studies het inzicht opgeleverd, dat er géén rechtstreeks verband bestaat tussen technologische ontwikkelingen (mechanisering, automatisering) en stressverschijnselen bij werkers (vgl. Dörr en Naschold 1982; Frankenhauser 1981). De beslissende tussenliggende variabelen zijn veeleer van bedrijfspolitieke aard: wordt het werk op tayloriaanse wijze georganiseerd, worden uitvoering en controle nóg meer ontkoppeld, verdwijnen er samenwerkingsmogelijkheden, krijgen werkers de kans de vereiste kwalificaties te verwerven?

Wanneer werkers bij automatiseringsprocessen niet mede vorm kunnen geven aan de inhoud en organisatie van hun werk ontstaat gemakkelijker een vorm van werkbelasting, die tot een niet te lokaliseren kwaal kan leiden. Dit wil zeggen niet zozeer een aanwijsbare lichamelijke ziekte ten gevolge van specifieke, fysieke overbelasting, maar een 'onvindbare' psychosomatische aandoening of psychische stoornis, die samenhangt met de 'abstractere' vormen van werkbelasting in geautomatiseerde arbeidssituaties (Dörr en Naschold 1982). Natuurlijk is het niet zo, dat de meeste werkers 'psychisch platgewalst' worden onder belastende werksituaties. Mensen gaan al handelend met moeilijke situaties om, is het niet in offensieve zin door verbeteringen aan te brengen, dan toch altijd defensief door er 'maar het beste van te maken'. Bovendien verschillen mensen in psychobiologische zin wat betreft hun kritische zones van 'onderstimulatie' of 'overstimulatie' (Frankenhauser 1981; Van den Bosch 1984). Van daaruit ontwikkelen mensen op verschillende wijze 'coping-strategieën', in de loop van hun levensgeschiedenis. Er moet daarbij niet alleen gekeken worden naar de dynamiek van iemands arbeidsverleden om zijn handelingsrepertoire op zijn huidige werkplek te kunnen begrijpen, maar evenzeer naar de kenmerken van zijn algehele socialisatieproces en naar de kwaliteit van zijn actuele leefsituatie (familie, woonomstandigheden, sociaal netwerk).

Arbeid, leren en persoonlijkheidsontwikkeling

Na deze beknopte verkenning van psychopathogene arbeidssituaties vervolgen we de lijn van ons betoog door nu te kijken hoe het arbeidsbegrip ook in de omgekeerde, positieve, betekenis gedynamiseerd moet worden. De vraag wordt dan, hoe menselijke arbeid met leren en

persoonlijkheidsontwikkeling gepaard kan gaan. Ook hier moet weer bedacht worden dat mensen ook in andere sociale contexten leerprocessen doormaken, al of niet in tegenspraak met de leermogelijkheden in hun arbeidssituatie (Meier 1985).

Heel algemeen gesteld, gaat werken pas met 'leren' gepaard, als de arbeidssituatie een uitdaging bevat, dus enigszins uitstijgt boven het niveau van de werker. Voorwaarde is wel, dat de werker actief met zo'n nieuwe arbeidsopgave aan de slag kan, en dat hij een zekere verantwoordelijkheid voor de werksituatie heeft. Bovendien dient er begeleiding aanwezig te zijn, met wie de werker de nieuwe problemen zo nodig samen kan oplossen (vgl. Vygotsky's 'Zone van de Naaste Ontwikkeling'). Belemmerend voor iemands ontwikkeling zijn daarentegen die arbeidssituaties die geen ofwel een te grote uitdaging bevatten. Leren in werksituaties betekent idealiter naast het opdoen van vakmatige kennis, ook kennis vergaren op het communicatieve niveau (conflictbeheersing, samenwerking) en op het persoonlijke vlak (opstaan voor nieuwe ervaringen, precisie, concentratie) (Kraayvanger en Van Onna 1985). Het begrip 'handelingsspeelruimte' komt bij diverse auteurs terug als het gaat om leerkansen in het werk (Gluntz 1978; Ulich 1983). Het gaat daarbij om het kunnen deelnemen aan zowel uitvoerende als plannende taken, om een zekere variatie en complexiteit in het werk, en om mogelijkheden tot communicatie en samenwerking. Participatie en medezeggenschap zijn eveneens belangrijke voorwaarden voor leerprocessen in het werk, zeker voor het opdoen van cognitieve en sociale vaardigheden, maar ook meer in 't algemeen voor het opbouwen van persoonlijke motivatie om zich in de werksituatie verder te ontwikkelen. Verder wijzen we erop dat bepaalde arbeidsvoorwaarden en -omstandigheden leerprocessen kunnen beperken of ondersteunen. We noemen bij voorbeeld de arbeidstijden, de tijdsdruk van het werk, en de mogelijkheid tot interne en externe mobiliteit.

Voor de verdere ontwikkeling van de arbeidsrehabilitatie achten wij de aanzet van E. Ulich (1983) van wezenlijk belang. Hij beschrijft een strategie voor het humaniseren van de arbeid, waarbinnen de werkers door middel van een zogenaamd 'subjectieve handelingsanalyse' zelf mede vormgeven aan hun werk, hetgeen preventie én correctie van ziekmakende arbeidsomstandigheden mogelijk maakt. Met name het daarbij gehanteerde principe van de 'differentiële werkstructurering' is ons inziens voor te rehabiliteren psychiatrische patiënten uiterst relevant. In dit principe worden namelijk de individuele verschillen in taakuitoefening en werkstijl gehonoreerd en tot punt van actie gemaakt.

Over het fenomeen 'werkstoornissen'

Met deze constatering zijn we via een lange, noodzakelijke omweg

langs relevante inzichten uit de arbeidswetenschappen weer terug bij het ontwikkelen van een arbeidsrehabilitatietheorie. We hebben geprobeerd het arbeidsbegrip zowel in negatieve als in positieve zin te dynamiseren, en deze poging brengt ons tot het formuleren van twee basisprincipes voor het denken over arbeidsrehabilitatie.

1. Alles wat in een arbeidssituatie de psychische ontwikkeling van 'normale' werkers schade berokkent of belemmert, pakt óók negatief uit voor werkers met psychische stoornissen.

2. Omgekeerd: alles wat in een arbeidssituatie de psychische ontwikkeling van 'normale' werkers stabiliseert of bevordert, is in principe ook goed voor werkers met psychische stoornissen.

Met deze 'gelijkschakeling' lopen we natuurlijk het gevaar dat we het begrip psychiatrische handicap niet verder dynamiseren (zoals onze bedoeling was), maar op een ontoelaatbare wijze 'wegsociologiseren'. Want is het niet zo, dat mensen met een psychiatrische handicap juist vanwege hun al aanwezige beperkingen stuklopen in het arbeidsproces? Laat ons eerst wijzen op het gegeven, dat de gevestigde psychiatrie niet goed raad weet met het fenomeen werkstoornissen. Zo worden werkstoornissen in het nieuwste psychiatrisch-diagnostisch systeem (DSM-III) geplaatst in de rubriek 'aanpassingsstoornissen', hetgeen gezien ons voorafgaande betoog over psychopathogene arbeidssituaties een ontoelaatbare, psychiatriserende formulering van het probleem moet worden genoemd. We kunnen ons al beter vinden in de definitie die de Nederlandse psychiater Kabela geeft. Onder 'werkstoornissen' verstaat hij: 'problematiek op het werk ontstaan door psychische factoren (karaktertrekken, gebrekkige relationele vaardigheden, psychische stoornissen) óf psychische klachten veroorzaakt door problemen op of met het werk (Kabela 1985). In zijn verdere betoog benadrukt Kabela terecht dat werkstoornissen gezien moeten worden als interactie-effecten van individuele psychische beperkingen en pathogene werksituaties.

Consequenties voor een theorie over arbeidsrehabilitatie

Het voorafgaande leidt in elk geval tot de conclusie dat een theorie over arbeidsrehabilitatie enerzijds moet waken voor een psychiatriserende reductie van het fenomeen 'werkstoornissen', en anderzijds voor een sociologiserende reductie, waarin individuele psychische handicaps worden genegeerd.

Een psychische handicap is ons inziens geen statisch fenomeen, maar eerder een dynamische verhouding tussen individuele beperkingen enerzijds en anderzijds de handelingsspeelruimte, die – in dit geval – de arbeidssituatie biedt. Dit inzicht maakt duidelijk dat aan een theorie over arbeidsrehabilitatie nog een derde basisprincipe moet worden toegevoegd:

3. Arbeidsrehabilitatie moet bij het zoeken naar en ontwikkelen

van arbeidsmogelijkheden optimaal recht doen aan individuele verschillen tussen mensen, hetgeen (a) een theorie over subjectieve, differentiële werkstructurering vereist en (b) een analyse van het kwalificatieniveau en de ontwikkelingsmogelijkheden van individuele patiënten noodzakelijk maakt.

Wat het laatste betreft, is de traditionele psychiatrische diagnostiek volstrekt ontoereikend. We pleiten, in navolging van Kuilman (1984), voor een diagnostiek op drie, nauw samenhangende niveaus, waarin naast de psychopathologie en het individuele vaardigheidsprofiel óók de verwachtingen van de toekomstige werkomgeving van de ex-patiënt beschreven worden. Bij dit alles moeten we bedenken dat mensen met een psychische handicap een kwetsbare groep vormen, bij voorbeeld gezien hun veelal grotere gevoeligheid voor overstimulatie en onderstimulatie (Van den Bosch 1984) met bijbehorende problemen inzake het ordenen en selecteren van belangrijke informatie uit de omgeving. Tegelijkertijd maken studies over stress en arbeid duidelijk dat het hier eerder om relatieve dan om absolute verschillen tussen 'gewone' mensen en psychiatrische patiënten gaat. ('The crucial point is that large groups in society are forced to live and work outside the "stimulus zone" that provides opportunities for active, goal-directed behavior. Among these are industrial workers engaged in monotonous, restricted jobs, the elderly, the handicapped and the poor. Whereas privileged groups in society may have the power to influence their surroundings so as to attain a better person-environment fit, the underprivileged and weak are forced to adapt to conditions shaped by others' (Frankenhaeuser 1981, p. 493).)

Bovendien zijn ook mensen met psychiatrische handicaps niet willoos overgeleverd aan moeilijke, emotioneel beladen, situaties, maar ontwikkelen zij eveneens coping-strategieën ter vermindering van psychische decompensatie, bij voorbeeld door zich letterlijk of emotioneel uit een situatie terug te trekken (Böker e.a. 1984; Dröes 1982).

Slotopmerkingen

Samenvattend kan vastgesteld worden dat de geschetste dynamiek van het arbeids- en handicapconcept nog heel wat nader onderzoek vraagt. Het is wellicht duidelijk geworden dat de verdienste van de bijdrage van Bennett vooral ligt in het (opnieuw) concretiseren van een maatschappelijke oriëntatie in de inrichtingspsychiatrie. Zijn rehabilitatieconcept is met name ontwikkeld tegen de achtergrond van een langdurige opname in de psychiatrie en de moeizame weg terug naar de maatschappij. De vraag is of vandaag de dag een dergelijk type patiëntencarrière nog model kan staan voor een overkoepelend arbeids-rehabilitatieconcept. We doelen hierbij op het in diverse landen geconstateerde fenomeen dat het aantal opnames toeneemt terwijl de opnameduur aanzienlijk afneemt (Herbst 1984). In dat verband valt reeds

uit de praktijk van de arbeidsrehabilitatie het (paradoxe) geluid te vernemen 'dat tegenwoordig de patiënten jammer genoeg te kort zijn opgenomen om überhaupt nog een behoorlijke arbeidsrehabilitatie te kunnen doorvoeren' (Zeelen en Ozinga 1987).

Mede onder invloed van diverse nieuwe vormen van ambulante, poliklinische en (deel)dagbehandeling is er steeds meer sprake van een breed spectrum van patiëntencarrières met verschillende 'omloopsnelheid'. In de nabije toekomst zal dan ook bekeken moeten worden welke consequenties deze nieuwe ontwikkeling dient te hebben voor de methodische, organisatorische en beleidsmatige vormgeving van de arbeidsrehabilitatie.

Een eerste stap in die richting zou een uitbreiding en een differentiatie van het rehabilitatieconcept moeten inhouden. Onder uitbreiding wordt verstaan dat arbeidsrehabilitatie voortaan niet meer louter als een schakel tussen de behandeling en de terugkeer in de maatschappij, maar juist als een doorlopend proces wordt opgevat, waarbij preventie, behandeling en nazorg integrale onderdelen vormen. Een gerichte arbeidsrehabilitatie kan reeds van belang zijn wanneer iemand al geruime tijd in de ziekte zit. Een medische diagnose van de vaardigheden van de werknemer, losgekoppeld van onder andere een beoordeling van de arbeidsomstandigheden en de kwalificatieontwikkeling van de desbetreffende persoon werkt in veel gevallen een vroegtijdige hulpverleningscarrière in de hand (Zeelen 1983; Zeelen en Hamers 1986). Hetzelfde geldt voor de te verwachten terugval wanneer een ex-psychiatrische patiënt weer in het arbeidsproces opgenomen wordt. In de behandeling binnen de GGZ ten slotte zou er bij de diagnose van de problematiek en bij het opstellen van het behandelplan een gelijkwaardige inbreng van die disciplines, die vertrouwd zijn met de arbeidsrehabilitatie, gegarandeerd moeten zijn.

Onder differentiatie verstaan we de noodzaak om in de methodische, organisatorische en beleidsmatige vormgeving van de arbeidsrehabilitatie meer rekening te houden met het brede spectrum van patiëntencarrières en de individuele wensen en behoeften van de (ex-)psychiatrische patiënt. Dit impliceert bij voorbeeld dat men bij het zoeken naar oplossingen voor het arbeids- en dagbestedingsvraagstuk niet alles verwacht van nieuw op te zetten arbeids- en dagactiviteitenprojecten. Belangrijk is ook om initiatieven te ontplooiën op het gebied van de individuele arbeidsbemiddeling en begeleidingsactiviteiten, die zich bij voorbeeld tijdelijk zouden kunnen voortzetten op de werkplek zelf (Van Weeghel 1986, Zeelen 1986).

De in deze bijdrage geschetste dynamisering, uitbreiding en differentiatie van het arbeidsrehabilitatieconcept verdienen vanzelfsprekend nog verdere uitwerking.

We eindigen met de suggestie, dat binnenkort op basis van de geformuleerde uitgangspunten een poging wordt ondernomen om de actuele beleidsontwikkelingen inzake arbeid en dagbesteding, alsmede een

aantal lopende initiatieven op dit terrein, nader onder de loop te nemen.

Dit artikel is de bewerking van een lezing, gehouden op 3 oktober 1985 in Gütersloh, tijdens een conferentie over arbeidsrehabilitatie en psychiatrie. De lezing is opgenomen in het conferentieverslag onder redactie van prof. dr. K. Dörner met als titel 'Lebenslänglich arbeitslos weil minderwertig' (Gütersloh 1986, Verlag Jakob van Hoddis).

Literatuur

- Bennett, D.H. (1970), The value of work in psychiatric rehabilitation. *Social Psychiatry*, 51, 244-250.
- Bennett, D.J. (1977), Das Arbeitstraining in teilstationären Einrichtungen in England. In: F. Reimer (red.), *Arbeitstherapie, Praxis und Probleme in der Psychiatrie*. Kunow, Stuttgart, p. 7-14.
- Bosch, R. van den (1984), Mogelijkheden en onmogelijkheden voor chronische psychotische patiënten. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 39, 1297-1301.
- Böker, W., H.D. Brenner, G. Gerstner, F. Keller, J. Müller en L. Spichtig (1984), Self-healing strategies among schizofrenics: attempt at compensation for basic disorders. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 69, 373-378.
- Buissink, J. (1985), *Chroniciteit, je blijft erin...* Uitgave sectie Psychiatrie, Andragogisch Instituut, Groningen.
- Cheadle, A.J., en R. Morgan (1972), The measurement of work performance of psychiatric patients: a reappraisal. *British Journal of Psychiatry*, 120, 437-441.
- Code V b. De opmars der bureaucraten (1980), Bijlage *Vrij Nederland*, 20 december.
- Dörr, G., en F. Naschold (1982), Technologieentwicklung und Stress. *Psycho-sozial*, 19, 67-77.
- Drift, H. van der (1959), *Aspecten van arbeid en arbeidstherapie*, Van Loghum Slaterus, Arnhem.
- Dröes, J. (1982), Beschut wonen, een intramurale beschermende woonvorm. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 37, 1174-1188.
- Frankenhaueser, M. (1981), Coping with stress at work. *International Journal of Health Services*, 11, 491-510.
- Gluntz, U. (1978), *Auswirkungen der gesellschaftlichen Arbeitstätigkeit auf die persönliche Entwicklung*. Ausgabe Freie Universität, West-Berlijn.
- Heemskerk, I., U. Merkelbach, J. van Weeghel en T. Wieme (1986), Beschermende woonvormen in de psychiatrie leiden tot nieuwe relatiepatronen. In: G. Bloemendal e.a. (red.), *Theorie en methoden van de activiteitensector*. Vuga, 's-Gravenhage, p. 45-56.
- Herbst, K.G. (red.) (1984), *Rehabilitation: the way ahead on the end of the road*. Tavistock, Londen.
- Heslinga, F. (1986), Arbeid is geen therapie: je wordt er niet 'beter' van. In: G. Bloemendal e.a. (red.), *Arbeid in de activiteitensector*. Vuga, 's-Gravenhage, p. 60-70.
- Iedema, P. (1985), *In werking of buitenspel* (een literatuuronderzoek naar prak-

- tische ontwikkelingen en theoretische aanzetten van rehabilitatie door arbeid). Uitgave sectie Psychiatrie, Andragogisch Instituut, Groningen.
- Jackson, P., P. Warr (1984), Unemployment and psychological ill-health: the moderating role of duration and age. *Psychological Medicine*, 14, 605-614.
- Jantzen, W. (1978), Was ist Behinderung? Versuch einer begrifflichen Klärung. In: W. Jantzen, *Behindertenpädagogik, Persönlichkeitstheorie, Therapie*. Pahl-Rugenstein, Keulen.
- Kabela, M. (1985), Een psychiatrische visie op werkstoornissen. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 40, 19-39.
- Katschnig, H., en T. Konieczna (1984), Psychosoziales Netzwerk und Rehabilitation psychisch Kranker. In: H. van Andel en W. Pittrich (red.), *Neue Konzepte der Behandlung und Rehabilitation chronisch psychisch kranker Menschen*, Lippstadt, Münster, p. 6-28.
- Klerk, J.M. de, C.J. Petersen en C.G. Diependaal (1983), Diagnose categorie V: psychische stoornissen en de WAO, een nadere omschrijving. *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg*, 61, 434-440.
- Kraayvanger, G., en B. van Onna (red.) (1985), *Arbeid en leren. Bijdragen tot de volwasseneneducatie*. Nelissen, Baarn.
- Kuilman, M. (1984), Blauwdruk van de activiteitendienst in de toekomst. In: *Ontwikkelingen en knelpunten in de arbeidstherapie*. Sint Franciscushof, Raalte, p. 55-67.
- Laan, G. van der, J. Wolf en J. Zeelen (1984), Deinstitutionalisation and rehabilitation. In: *Societal development, social policy and the helping professions*. IWA, Amsterdam (ter perse).
- Meier, A. (1985), Berufliche Rehabilitation und Familientherapie. In: H. Keupp, D. Kleiber en B. Scholten (red.), *Im Schatten der Wende. Helferkrise, Arbeitslosigkeit, Berufliche Rehabilitation*. Steinbauer und Rau, München, p. 186-193.
- Morgan, R., en A.J. Cheadle (1975), Unemployment impedes resettlement. *Social Psychiatry*, 10, 63-67.
- Morgan, R., en A.K. Gopalaswamy (1983), Employability of the mentally disabled in the 1970's. *British Journal of Psychiatry*, 142, 572-574.
- Payne, R., P. Warr en J. Hartley (1984), Social class and psychological ill-health during unemployment. *Sociology of Health and Illness*, 6, 152-174.
- Schaufeli, W., J. Schoenmakers, J. van Weeghel en J. Zeelen (1984), Preventie, de januskop in de ambulante geestelijke gezondheidszorg. Een handelingspsychologische visie. In: J. Hagendoorn en A. Otten (red.), *AGGZ-preventie*, NVAGG, Utrecht, p. 31-49.
- Scheer, W.M. van der (1933), *Nieuwere Inzichten in de Behandeling van Geesteszieken*. Wolters Noordhoff, Groningen.
- Scheffer, I.C.Th. (1929), *Voorlezingen over de verpleging van Zenuwzieken en Krankzinnigen* (XXXI, Over arbeidstherapie). De erven Bohn, Haarlem.
- Ulich, E. (1983), Präventive Intervention im Betrieb: Vorgehensweisen zur Veränderung der Arbeitssituation. *Psychosozial*, 20, 48-70.
- Wacker, A. (1978), *Vom Schock zum Fatalismus?* Campus, Frankfurt am Main.
- Warr, P. (1982), Psychological aspects of employment and unemployment (editorial). *Psychological Medicine*, 12, 7-11.
- Watts, F.N. (1978), A study of work behavior in a psychiatric rehabilitation unit. *British Journal of social and clinical psychotherapy*, 17, 85-92.
- Watts, F.N., en D.H. Bennett (red.) (1983), *Theory and practice of psychiatric rehabilitation*. John Wiley and Sons, Chichester.

- Weeghel, J. van (1979), *Arbeid en psychiatrie*. Uitgave project Werkloosheid en Hulpverlening, Andragogisch Instituut, Groningen.
- Weeghel, J. van, en J. Zeelen (1981), Arbeidstherapie: tussen afleren en kwalificeren. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 36, 136-153.
- Weeghel, J. van (1984), Handicaps van een permanente randgroep op de arbeidsmarkt. In: *Actief/inactief: de wederzijdse afhankelijkheid van actieven en inactieven in een verzorgingsstaat*. St. Bavo, Noordwijkerhout, p. 48-59.
- Weeghel, J. van (1986), Na het wonen komt het werken. *Marge*, 10, 372-376.
- Wing, J.K., en G.W. Brown (1970), *Institutionalism and schizophrenia*. Cambridge University Press, Cambridge.
- Wing, J.K. (1978), The social context of schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 135, 1333-1339.
- Wing, J.K. (1983), Schizophrenia. In: F.N. Watts en D.H. Bennett (red.), *ibidem*.
- Wulff, E. (1972), Sozialer Abstieg oder soziale Eingliederung – Zur Problematik des Rehabilitationskonflikts bei Schizophrenen. In: E. Wulff, *Psychiatrie und Klassengesellschaft*. Fischer, Frankfurt am Main.
- Zeelen, J. (1983), *Zum Problem von Arbeit und Therapie in einer psychiatrischen Anstalt*. (Eine Rekonstruktion drei-jähriger Handlungsforschung in der holländischen Psychiatrie), Pahl-Rugenstein, Köln.
- Zeelen, J., en J. Hamers (1986), *Dagbesteding en arbeidsvoorzieningen voor (ex-)psychiatrische patiënten – een raamwerk voor het provinciale beleid*. Uitgave Provinciale Raad voor de Volksgezondheid, Groningen.
- Zeelen, J. (1986), Extramuralisering, arbeid en dagbesteding. *Activiteitensector*, 5, 197-202.
- Zeelen, J., en H. Ozinga (1987), *Terug naar Niemandland! Een registratie-onderzoek naar arbeidsrehabilitatie in een psychiatrische inrichting*. Sectie Psychiatrie, Andragogisch Instituut, Groningen (ter perse).

Schrijvers zijn respectievelijk andragoloog, werkzaam als beleidsmedewerker bij de sector Beschut Wonen, Psychiatrisch Centrum St. Bavo en klinisch psycholoog, werkzaam als universitair hoofddocent op het Andragogisch Instituut van de RU Groningen, A-weg 30, 9717 GH Groningen.