
PERSOONSGERICHTE BENADERING BIJ PATIËNTEN MET SCHIZOFRENIE IN EEN FACT-TEAM

Rinaldo Pothof, sociaal psychiatrisch verpleegkundige, werkzaam bij het FACT-team Sociale Psychiatrie van GGz Centraal Meerzicht te Lelystad

Samenvatting

In dit artikel wordt ingegaan op de toepassing van elementen uit de persoonsgerichte benadering en narratieve psychologie van Bohlmeijer en de methodiek - stemmen horen - van Romme bij de behandeling van patiënten met schizofrenie in een FACT-team.

Om een indruk te krijgen van hoe patiënten aandacht ervaren voor hun persoonlijke verhaal, zijn door de auteur vijf patiënten met schizofrenie geïnterviewd. Ook interviewde de auteur drie collega SPV-en met betrekking tot hun werkwijze en kennis van persoonsgerichte benaderingen.

Inleiding

Als SPV in opleiding werk ik in het FACT-team Sociale Psychiatrie van GGZ-Centraal Meerzicht te Lelystad. In ons team behandelen en begeleiden wij ongeveer 275 patiënten met de diagnose schizofrenie. Een FACT-team heeft twee belangrijke functies, namelijk stabilisatie (actief in zorg nemen van nieuwe patiënten; crisismanagement) en rehabilitatie van gestabiliseerde patiënten. "Het doel van een FACT-team is om deze patiënten met continuïteit te begeleiden, te behandelen en te ondersteunen in hun herstel. Behandeling en support, 'cure and care' gaan hand in hand" (CCAF, 2012). In de dagelijkse praktijk is het vooral de SPV die frequent contact heeft met de patiënt en zich bezighoudt met diens lichamelijk, individueel, sociaal en maatschappelijk functioneren. Het valt mij op dat binnen het multidisciplinaire FACT-team de patiënt vooral benaderd wordt vanuit het biomedisch model. De focus van behandeling ligt daarbij op het objectiveren van de symptomen, het diagnosticeren en de behandeling ervan met antipsychotica. Daarnaast is er ook aandacht voor het creëren of herstellen van maatschappelijke inbedding.

Maar hiermee zijn de klachten van de patiënt niet perse weggenomen. Als SPV vind ik dat de mens tekort gedaan wordt, doordat er regelmatig over hem in plaats van mét hem gesproken wordt. Bovendien ervaar ik vaak weinig tijd en ruimte om meer aandacht te kunnen hebben voor het persoonlijke verhaal van de patiënt, de betekenisgeving hiervan en daarmee voor de intra persoonlijke en interpersoonlijke vragen en thema's die een rol spelen in diens leven. En dit vind ik belangrijk, omdat je daarmee de mens leert kennen achter zijn klachten.

Als SPV wil ik de patiënt ondersteunen bij het vinden van herstel, waarbij de patiënt weer meer baas wordt over zijn eigen leven en de regie zelf in handen kan (leren) nemen. Ik geloof dat het op die manier leren kennen van en omgaan met de patiënt een meerwaarde biedt ten aanzien van de totale huidige behandeling. Om die reden denk ik dat een persoonsgerichte benadering vanuit het sociaal psychiatrisch gedachtegoed een aanvullende bijdrage kan zijn op de heersende biomedische visie.

De persoonsgerichte benadering wordt door het Levensverhalen LAB (2012) omschreven als: "Een persoonsgerichte benadering richt zich niet alleen op de klachten van cliënten, maar ook op positieve aspecten zoals competenties, waarden, zingeving en welbevinden. Daarnaast houdt een persoonsgerichte benadering rekening met de levensloop van de cliënt."

Gedurende mijn opleiding is er met betrekking tot een persoonsgerichte benadering vooral aandacht besteed aan de presentiebenadering volgens Baart & Grijpdonck (2008). In het boek Sociale Psychiatrie (Padt, van der et al., 2010) worden naast de presentiebenadering ook twee andere persoonsgerichte benaderingen beschreven, namelijk de narrativiteitstheorie en de methodiek - stemmen horen - van Romme. Ik vraag mij af of deze theorie en/of methodiek een aanvulling kunnen zijn op de huidige werkwijze van mij en mijn collega SPV?en, zodat er meer aandacht komt voor een persoonsgerichte benadering, en daarmee voor de intra persoonlijke en interpersoonlijke vragen en thema's die een rol spelen in het leven van patiënten met schizofrenie, waardoor hun klachten verminderen en hun welbevinden verbetert.

Dit artikel is geschreven in het kader van een afstudeeropdracht voor de opleiding post-HBO SPV aan de Hogeschool van Amsterdam.

Om een concreet beeld te schetsen binnen welke kaders ik mijn artikel schrijf, verduidelijk ik onderstaand een aantal begrippen die betrekking hebben op mijn vraagstelling.

Patiënten met schizofrenie

In de loop der tijd zijn er verschillende opvattingen over schizofrenie geweest die telkens andere ziektebeelden dekten. Vanuit historisch perspectief, wetenschappelijk onderzoek en voortschrijdend inzicht kan ik dat begrijpen, maar tegelijkertijd blijft het mij intrigeren dat de oorzaak van het schizofrenieconcept onduidelijk blijft. In de reguliere behandeling wordt vooral gebruik gemaakt van classificatie van de symptomen door middel van het gebruik van de DSM IV TR (zie APA, 2007). In de praktijk worden de klachten van de patiënt hierdoor geobjectiveerd tot een diagnose en deze diagnose is leidend in het behandelbeleid. Naast het objectiveren van de symptomen, zoals psychotische belevingen en het horen van stemmen, vind ik dat de subjectieve ervaringen van de patiënten diens omgang met de ziekte minstens zo veel aandacht verdienen om tot een goed behandelresultaat te kunnen komen.

Kunneman (2009) is dezelfde mening toegedaan. Hij beschrijft in zijn boek 'Voorbij het dikke-ik' dat binnen de psychiatrie in korte tijd een biologisch geïntendeerd model dominant geworden is, dat zich beroept op cognitivistisch objectiverende kennis. Hij bepleit dat professionals existentiële vragen en morele dilemma's in hun praktijk meer ter sprake zouden moeten brengen, omdat dit te weinig belicht en naar de privésfeer verbannen wordt.

Sociale psychiatrie

In relatie tot de sociale psychiatrie stelt Romme (Van der Pادت et al., 2010) dat het klinisch zoeken bij psychosen wezenlijk verschilt van het sociaal-psychiatrisch zoeken. De klinische denkwijze ziet de uitingsvormen van geestelijke gezondheidsproblemen als uitingen van ziekten, die hun oorsprong hebben in disfuncties van de hersenen, en zij zoeken naar stoornissen in de hersenen. In de sociale psychiatrie (NVSPV, 2004) wordt ziekte gezien als de uitdrukking van het onvermogen in onze samenleving adequaat te functioneren. De symptomen van het ziek zijn worden opgevat als persoonlijke reacties waarmee uitdrukking wordt gegeven aan de problemen in de omgang met anderen en maatschappelijke structuren (eisen, trauma's, idealen etc.)

Men wordt patiënt omdat de persoonlijke reactie c.q. de vreemde gedragingen en belevingen zodanig van aard zijn dat het functioneren belemmerd wordt en daarom hulp gevraagd wordt. Daarom neemt de sociale psychiatrie de klacht als uitgangspunt en verbindt deze met de levensgeschiedenis en ervaring van de patiënt. Dit sluit aan bij mijn indruk van persoonsgerichte benaderingen en daardoor bij mijn vraagstelling.

Multidisciplinaire richtlijn schizofrenie

Binnen het FACT-team wordt gewerkt volgens de multidisciplinaire richtlijn schizofrenie (NVvP, 2012). Hierin wordt beschreven hoe verpleegkundige zorg er uit zou moeten zien. Ten eerste wordt gesteld dat het van groot belang is dat er een goede behandelrelatie bestaat tussen de verpleegkundige en de patiënt. Ten tweede wordt gesteld dat de verpleegkundige zodanig binnen het kader van deze behandelrelatie handelt, dat dit effectief en efficiënt bijdraagt aan de gezondheid en het welzijn van de patiënt. De NVvP stelt dat er traditioneel binnen het proces van richtlijnontwikkeling veel nadruk wordt gelegd op het tweede aspect, waarbij de vraag centraal staat: welke interventies zijn effectief in de zin dat ze leiden tot minder symptomen, minder psychotische terugval, beter psychosociaal functioneren en een betere kwaliteit van leven? Binnen de gezondheidszorg is in de afgelopen jaren een aantal zorgconcepten tot ontwikkeling gebracht die goede zorg op een abstracter niveau beschouwen en die een belangrijke toegevoegde waarde hebben ten opzichte van de behandelrelatie.

De NVvP verwijst dan onder andere naar de persoonsgerichte presentiebenadering van Baart en Grypdonck (2008). Met deze benadering krijgen het leven en het levensverhaal van de patiënt een centrale plaats. "Het is dus belangrijk voor de verpleegkundige om dit levensverhaal goed te leren kennen, en om van daaruit goed aan te kunnen sluiten bij de wensen, behoeften, beleving en persoonlijke doelen van de patiënt" (NVvP, 2012:221).

Venneman (Van der Padt et al., 2010:58) omschrijft de presentiebenadering als volgt: "een praktijk waarbij de zorggever zich aandachtig en toegewijd op de ander betreft, en met hem interageert, zo leert zien wat er bij de ander op het spel staat - van verlangens tot angsten - en die in aansluiting da?arbij gaat begrijpen wat er in de desbetreffende situatie gedaan zou kunnen worden en wie hij/zij daarbij voor de ander kan zijn. Wat gedaan kan worden, wordt dan ook gedaan. Dat is een manier van doen, die slechts verwezenlijkt kan worden met gevoel voor subtiliteit, vakmanschap, met praktische wijsheid en liefdevolle trouw."

Hieronder beschrijf ik de narrativiteitstheorie en de methodiek van Romme, om vervolgens na te gaan hoe deze kunnen bijdragen aan de behandeling van patiënten met schizofrenie.

Narrativiteitstheorie

Venneman (Van der Padt et al. (2010:62) omschrijft de narrativiteitstheorie als volgt: "De narrativiteitstheorie gaat ervan uit dat de reeks van boodschappen waarin mensen hun ervaringen en gebeurtenissen of situaties beschrijven, een verhalende structuur heeft. Zo'n reeks wordt daarom een narratief genoemd (narrare = vertellen). Op de vraag wie we zijn, antwoorden we met een verhaal. Met verhalen brengen we orde aan in de veelheid van gebeurtenissen. Een verhaal kent een betekenis toe aan elke gebeurtenis en met betekenis creëren we een zinvol levensperspectief."

Bohlmeijer (2012), Universitair Hoofddocent voor de opleiding Psychologie bij de Faculteit Gedragswetenschappen aan de Universiteit Twente te Enschede, omschrijft de narrativiteitstheorie als de narratieve benadering of narratieve psychologie.

De narratieve benadering is een relatief nieuwe stroming binnen de sociale wetenschappen en uitgewerkt in een methodische werkwijze, die bedoeld is voor mensen vanaf ongeveer 55 jaar die last hebben van depressieve klachten. Daarnaast is de methode van Bohlmeijer geschikt voor professionals in de geestelijke gezondheidszorg die meer aandacht willen geven aan het persoonlijke verhaal van de patiënt. Wanneer het gaat om ziekte geeft Bohlmeijer aan dat het ons leven overhoop gooit en het nooit meer hetzelfde zal zijn. Hij stelt dat we tijdelijk of langdurig gelijkgesteld worden aan de symptomen van de ziekte en benoemt dit als klinische reductie.

De narratieve psychologie stelt in essentie dat we allemaal verhalenvertellers zijn en, sterker nog, verhalen zijn. Met de verhalen geven we betekenis aan de wereld om ons heen. Bohlmeijer stelt dat voor iedereen en altijd het principe geldt dat we verlangen naar erkenning van ons verhaal. We bundelen onze ervaringen in een verhaal en maken onszelf ermee zichtbaar. Daarmee creëren we ruimte om er te zijn en verbinden we ons met de wereld. Bohlmeijer geeft aan dat wanneer we onze verhalen niet meer kunnen vertellen een belangrijke bron van zingeving verdwijnt, want met verhalen geven we immers betekenis aan ons leven. Bovendien stelt hij dat vragen over zingeving actueler worden wanneer we geconfronteerd worden met verlies, want verlieservaringen zijn inherent aan het leven en dwingen ons om het verhaal van ons leven te herzien. Bohlmeijer stelt dat er in de geestelijke gezondheidszorg in Nederland in toenemende mate belangstelling is voor het werken met levensverhalen. Hij geeft aan dat het redigeren van ons levensverhaal ons welbevinden en gedrag kan beïnvloeden. Het blijkt dat we met goede structuur en begeleiding tot een hervertelling kunnen komen. Dit kan leiden tot nieuwe perspectieven met positieve projecties naar de toekomst.

Bohlmeijer (2012) beschrijft enkele algemene functies van verhalen vertellen. "Door verhalen leggen we contact (communicatieve functie) en laten daarbij iets van onszelf zien (onthullende functie). Door verhalen creëren we een zinvol levensperspectief; we brengen verleden, heden en toekomst in relatie tot elkaar (ordende functie). En in de wijze waarop we dit doen laten we zien met welke ideeën en ideologieën we ons willen verbinden (identificerende functie) en welke doelen we nastreven (motiverende functie)". Bohlmeijer (2012) stelt dat we altijd, bewust of onbewust, onze ervaringen en ons gedrag verbinden tot verhalen. Individuele gebeurtenissen krijgen betekenis in relatie tot een plot, een ontknopng. Dit inzicht heeft consequenties voor de gezondheidszorg en voor de wetenschap. We moeten ons realiseren dat het natuurwetenschappelijk model maximaal tot een uiterlijke beschrijving van mensen komt, tot de gemeenschappelijke deler van mensen.

Door de patiënt zijn verhaal te laten vertellen kun je samen zoeken naar een identiteit die uit meer bestaat dan de ziekte. Bohlmeijer stelt dat wanneer we expliciet stilstaan bij ons levensverhaal, je kunt spreken van 'life?review'. De behoefte aan life-review ontstaat vooral op overgangsmomenten of wanneer we zijn 'vastgelopen'. Tijdens life-review worden patiënten uitgenodigd om een onderscheid te maken tussen de ervaringen en het verhaal dat ze over die ervaringen vertellen. Problemen in het heden worden in het perspectief van de levensloop geplaatst, waarbij een systematische terugblik op de eigen levensloop het startpunt is.

Bohlmeijer omschrijft zijn life-review methodiek 'De verhalen die we leven' als een methode om klachten en daaraan ten grondslag liggende knelpunten of problemen in het heden aan te pakken door:

- deze ervaren problemen te plaatsen binnen de context en evaluatie van de eigen levensloop;
- daarbij te onderzoeken in hoeverre deze problemen in stand worden gehouden door
- dominante verhalen over het eigen leven;
- alternatieve verhalen te versterken die het probleem oplossen of oplosbaar maken.

Methodiek van Romme

Romme (2011), Emeritus Hoogleraar sociale psychiatrie aan de Universiteit van Maastricht, doet sinds 1987 onderzoek onder mensen die één of meerdere stemmen horen, terwijl er in de buitenwereld geen bron herkenbaar is die de stem voortbrengt. Romme stelt dat 2-4 % van de bevolking stemmen hoort, terwijl de frequentie bij bepaalde patiëntengroepen veel hoger ligt, namelijk rond zelfs 50% bij schizofrenie. Dit wekte zijn interesse in de levensgeschiedenis van stemmenhoorders, omdat hij dacht dat patiënten mogelijk meer problemen hebben gehad in hun leven dan mensen die geen patiënt worden. Dat bleek inderdaad het geval.

Romme (2005) stelt dat in de klinische psychiatrie symptomen van het ziek zijn worden opgevat als de uiting van de ziekte zelf en als zodanig worden benoemd door naamgeving van het ziektebeeld. De oorzaak wordt gezocht in het functioneren van de hersenen. De zwakke plek echter vormt het samenbundelen van deze ziekteverschijnselen tot ziektebeelden en deze vervolgens te zien als de veroorzakers van deze ziekteverschijnselen. Romme stelt dat dit geleid heeft tot een reductionistisch behandelbeleid. Romme (1999) concludeert ook in zijn boek 'Stemmen horen accepteren' dat de benadering van het verschijnsel stemmen horen veel meer georiënteerd moet zijn op de subjectieve betekenis die stemmen horen in de levenssituatie en voor de levenshouding van de stemmenhoorder heeft. In tweede instantie zou men zich pas moeten richten op de objectieve benadering van dit verschijnsel. Romme volgt een geheel andere weg dan gebruikelijk in de psychiatrie, waar traditioneel het horen van stemmen een hallucinatie wordt genoemd en wordt geduid als een symptoom van een psychose.

Romme en Escher (2011) hebben wereldwijd een belangrijke benadering ontwikkeld om stemmen horen begrijpelijk te maken en te leren accepteren. 'Stemmen horen accepteren' betekent dat wij volkomen accepteren dat mensen werkelijk de stemmen horen die zij zeggen te horen, ook al horen wij als buitenstaanders die stem niet en nemen wij ook geen bron waar die de stem voortbrengt. 'Stemmen begrijpelijk maken' betekent dat de stemmen over zaken spreken die te maken hebben met wat de stemmenhoorder in zijn leven heeft meegemaakt en over de emoties die daarmee samenhangen. Daarom moeten wij uitgebreid op deze ervaring ingaan om hun boodschap te leren kennen. En dus niet proberen ze te stoppen, maar ze te leren respecteren en begrijpen.

Romme noemt het voor de praktijk van belang om de stemmen van de patiënt serieus te nemen, te accepteren als werkelijkheid en om ze te normaliseren. Daarnaast stelt hij dat het belangrijk is om als hulpverlener te leren ingaan op de ervaringen die mensen met stemmen hebben en deze zo duidelijk mogelijk op te schrijven.

Hiervoor heeft hij samen met Escher een interview ontwikkeld, namelijk het 'Interview met stemmenhoorder' (2011, versie 2).

Romme & Escher (1999) beschrijven methoden en technieken waarmee de patiënt zelf aan het werk kan met stemmen die hij hoort, waardoor deze de regie in eigen handen krijgt. Zij benoemen onderdelen als luisteren naar de stemmen, hiervoor tijd reserveren, onderhandelen, registreren wat ze zeggen en een dialoog aangaan. Antipsychotische medicatie kan ook behulpzaam zijn, maar moet niet automatisch worden voorgeschreven.

De patiënten aan het woord

Binnen mijn caseload heb ik vijf willekeurige patiënten met schizofrenie geïnterviewd. Ik heb hun gevraagd of zij met de hulpverlener kunnen praten over hun ervaringen en moeilijkheden die hun ziekte met zich meebrengt. Voelen zij zich ondersteund en gehoord in wat zij graag willen ten aanzien van hun behandeling? Samenvattend geven zij aan dat zij de zorg door het FACT-team over het algemeen als prettig ervaren en dat de zorg vooral gericht is op de ziekte, ziektebesef, inname van medicatie en laboratorium-controles. Met betrekking tot het persoonlijke verhaal wordt wel altijd gevraagd hoe het met de patiënt gaat. Echter als het gaat om de rol van de ziekte en de betekenis hiervan in hun leven, worden hun klachten voornamelijk in praktische zin opgelost. Het op orde hebben van dagbesteding, werk of de financiën blijken voornamelijk onderwerpen van gesprek. Sommige patiënten horen stemmen, maar ze hebben niet ervaren dat de behandeling erop gericht is om de mogelijke oorzaak, inhoud en functie van de stemmen in kaart te brengen. Wat de patiënten als lastig ervaren is dat zij, nadat zij ziek geworden zijn, een rolverandering hebben ondergaan. Voorheen waren ze bijvoorbeeld vader, zoon, vriend of collega, nu zijn ze vooral de patiënt met schizofrenie. Wat de patiënten graag zouden willen, is meer gekend worden in wie zij zijn en wat het voor hun betekent dat ze ziek geworden zijn; erover kunnen praten, hun symptomen zoals stemmen horen bespreken en een plan van aanpak maken om zoveel als mogelijk te herstellen. "Eigenlijk zou ik graag weer mens willen zijn net als de anderen, ook al heb ik deze ziekte", aldus een patiënt.

Interview SPV-en

Om een indruk te krijgen van de werkwijze van mijn collega SPV-en en hun bekendheid met de persoonsgerichte benadering heb ik drie collega's geïnterviewd, die sinds meerdere jaren werkzaam zijn in het FACT-team. Mijn eerste vraag was op welke manier zij een relatie willen aangaan met de patiënt. Hoewel elke SPV het anders omschreef, kwam de strekking overeen: "Ik wil de patiënt leren kennen, ik wil naast de patiënt staan, er zijn voor hem, ontdekken wie de ander is, een vertrouwensrelatie opbouwen, steun en structuur bieden, doen wat nodig is."

Een collega merkte op dat elke patiënt uniek is en elk contact weer anders. Dat maakt dat je als SPV een flexibele houding nodig hebt om aan te sluiten bij de patiënt. Dit vergt volgens hem een persoonsgerichte benadering. In de praktijk bleken alle collega's bekend met de presentiebenadering en omschreven hun werkwijze in het contact met patiënten in overeenstemming met dit begrip, zoals hierboven beschreven. De narratieve psychologie en de methodiek van Romme waren bij de collega's inhoudelijk niet bekend. Nadat ik over beide theorieën inhoudelijk één en ander had toegelicht, ontstond er een bepaald enthousiasme en vond dit vrijwel direct aansluiting bij hun eigen ideeën over hoe het zou moeten zijn binnen de sociale psychiatrie en binnen hun eigen werk als SPV in het FACT-team.

De collega's noemen dat er in de behandeling door het FACT-team vooral gewerkt wordt vanuit het medische model:

"... eigenlijk dringen wij ons op. Wij zeggen, je bent ziek en we willen je van die ziekte afhelpen. We willen je graag helpen om er mee om te gaan, maar dan moet je wel medicatie slikken. Of je krijgt een injectie, zodat het de komende weken wat beter met je gaat... Dat is toch eigenlijk te gek! En dan zorgen we goed voor de patiënt?!" En een ander zegt: "Dan heb je een heel ander gesprek met de patiënt, en gaat het niet over de persoon, maar over de ziekte. Ik denk dat het én-én is: de medische en persoonlijke benadering zijn allebei belangrijk. Ik denk dat schizofrenie gewoon een ziekte is waar medicatie voor nodig is, maar daarnaast gaat het om een chronische patiënt, waarvan ik hoop dat hij in staat is - en daar zal ik hem goed in stimuleren - zoveel mogelijk zijn eigen autonomie te behouden." Nog een ander: "In plaats van dat wij heel graag willen dat we er meer zijn voor de patiënt en de patiëntbeter gehoord wordt, draait hij in de praktijk vooral mee in de malleolen van onze organisatie en behandeling." Concluderend bemerk ik bij een ieder van mijn collega's de intentie om meer aandacht te hebben voor het verhaal van de patiënt, door meer tijd te nemen en aandachtig naar diens verhaal te luisteren. Hoewel allen dit zouden willen, krijgt dit door productiedruk en de overheersende visie in het team te weinig aandacht. Naast dat SPV-en zich meer zouden kunnen profileren vanuit het sociaal psychiatrisch gedachtegoed, is er ook sprake van onbekendheid met de verschillende persoonsgerichte benaderingen.

Bohlmeijer versus Romme

In mijn artikel heb ik gezocht naar een antwoord op de vraag over de wijze waarop de persoonsgerichte benaderingen narratieve psychologie van Bohlmeijer en de methodiek stemmen horen van Romme kunnen bijdragen aan de behandeling van patiënten met schizofrenie?"

Bohlmeijer geeft aan dat ziekte ons leven overhoop gooit en dat het nooit meer hetzelfde zal zijn. Wanneer mensen worden geconfronteerd met ziekte of verlies dwingt dat tot het herzien van het levensverhaal.

Romme stelt dat de symptomen van het ziek zijn worden gelijkgesteld met de naamgeving van het ziektebeeld. Hij vindt dat wanneer mensen worden geconfronteerd met het verschijnsel stemmen horen, juist de subjectieve betekenis hiervan meer aandacht verdient.

Bohlmeijer stelt dat we allemaal verlangen naar erkenning van ons verhaal en met ons verhaal betekenis geven aan de wereld om ons heen. Zijn methode richt zich op het persoonlijke levensverhaal van de patiënt. Het gaat hem erom dat de patiënt tot een hervertelling kan komen, wat leidt tot nieuwe perspectieven in het leven.

Romme wil met zijn methode hulpverleners handvatten bieden om meer in te gaan op de levensgeschiedenis van de patiënt die stemmen hoort, om deze begrijpelijk te maken en te leren accepteren.

Bohlmeijer richt zich meer op de narratief-psychologische achtergrond van verhalen vertellen en de betekenis die dit voor de patiënt heeft. Zijn methodiek 'De verhalen die we leven' dient om klachten in het heden aan te pakken door deze te koppelen aan het levensverhaal.

Romme richt zich vanuit zijn visie op stemmen horen op een praktische methode om met de patiënt in te gaan op wat hij in zijn leven heeft meegemaakt, met als doel om de functie van de stemmen in diens leven te onderzoeken en om het stemmen horen te normaliseren.

Conclusie

Op grond van de gehouden interviews en de door mij bestudeerde literatuur concludeer ik dat door een persoonsgerichte benadering er mogelijkheden zijn om de patiënt meer tegemoet te komen.

Zowel onderdelen uit de narratieve psychologie van Bohlmeijer als onderdelen uit de methodiek stemmen horen van Romme kunnen een positieve bijdrage leveren aan de behandeling van patiënten met schizofrenie, maar beide op een andere manier.

De narratieve psychologie schept bewustwording dat mensen erkenning en ruimte nodig hebben bij levensgebeurtenissen en hoe deze gebeurtenissen zich verhouden tot hun levensverhaal. Deze methodiek is toepasbaar voor mensen in het algemeen en omvat vooral een visie over hoe je naar je medemens kan kijken en hoe je met hem kan communiceren.

De methodiek van Romme richt zich op mensen die stemmen horen en stimuleert de SPV om met praktische hulpmiddelen dieper in te gaan op de klachten van de patiënten hoe dit zich verhoudt tot zijn levenssituatie.

Beide methodieken hebben tot doel om meer aandacht te hebben voor het persoonlijke verhaal van de patiënt. Bovendien willen beide methodieken de achterliggende knelpunten of problemen onderzoeken die leiden tot de symptomen. Daardoor kunnen de klachten van de patiënt worden geplaatst in de context van het levensverhaal of de levensgeschiedenis.

En dit is precies waar het in de sociale psychiatrie om draait! De sociale psychiatrie neemt de klacht als uitgangspunt en verbindt deze met de levensgeschiedenis en ervaring van de patiënt. Dit is ook wat mijn collega SPV-en belangrijk vinden. Ook zij ervaren dat er voornamelijk vanuit het biomedisch model naar de patiënt gekeken wordt. De patiënten bevestigen dit en geven aan dat zij graag meer gekend zouden willen worden in wie zij zijn en wat het voor hun betekent dat ze ziek geworden zijn. Voor patiënten met schizofrenie binnen een FACT-team biedt een persoonsgerichte benadering daardoor een meerwaarde ten opzichte van het biomedische model, omdat met de persoonlijke aandacht en het bespreekbaar maken van de eigen ervaringen betekenis wordt gegeven aan de intrapersonlijke en interpersoonlijke vragen en thema's die een rol spelen in hun leven. Dit kan leiden tot een vermindering van klachten en een verbeterd algemeen welbevinden en dat is waar ik als SPV in een FACT-team voor wil gaan!

Literatuurlijst

- American Psychiatric Association, (2007). *Beknopte handleiding bij de diagnostische criteria van de DSM IV-TR* (3e druk). Amersfoort: Drukkerij Wilco.
- Baart, A. & Grijpdonck, M., (2008). *Verpleegkunde en presentie: Een zoektocht in dialoog naar de betekenis voor presentie voor verpleegkundige zorg*. Den Haag: Boom Lemma.
- Boevink, W., Plooy, A. & Rooijen, S. van, (2006). *Herstel, empowerment en ervaringsdeskundigheid: voor mensen met psychische aandoeningen*. Amsterdam: SWP.
- Bohlmeijer, E., (2012). *De verhalen die we leven. Narratieve psychologie als methode*. Den Haag: Boom Lemma.
- Kunneman, H., (2009). *Voorbij het dikke-ik: bouwstenen voor een kritisch humanisme*, deel 1. Amsterdam: SWP.
- Padt, I. van der & Venneman, B., (2010). *Sociale psychiatrie: visie, theorie en methoden van een maatschappelijk georiënteerde psychiatrie*. Den Haag: Boom Lemma.
- Romme, Prof. Dr. M. A. J., (1999). *Stemmen horen accepteren: verschillende manier van omgaan met stemmen in je hoofd*. Baarn: Tirion Uitgevers.

Publicaties

- Corstens, D. & Romme, M. A. J., (2011). *Praten met stemmen*. Bemelen: Stichting Leven met stemmen.
- NVvP, (2012). *Multidisciplinaire richtlijn schizofrenie*. Utrecht: De Tijdstroom.
- NVSPV, (2004). *Beroepsdeelprofiel Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige*. Utrecht: AVVV.
- Romme, Prof. Dr. M. A. J., (2004). *De schadelijkheid van het concept schizofrenie*. St. Weerklank.
- Romme, Prof. Dr. M. A. J., (2005). *Wat is sociale psychiatrie?* Bemelen: Stichting Leven met stemmen.
- Romme, Prof. Dr. M. A. J. & Escher, Dr. S., (2011). *Vertaling Lezing London, 5 december 2011*. Bemelen: Stichting Leven met stemmen.
- Romme, Prof. Dr. M. A. J. & Escher, Dr. S., (2011). *Maastrichts Interview met een persoon die achterdochtig is*. Bemelen: Stichting Leven met stemmen.

Internet

www.anoiksis.nl
www.ccaf.nl
www.fact.nl
www.hearing?voices.com
www.hearingthevoice.org
www.ggzcentraal.nl
www.ggzrichtlijnen.nl
www.levensverhalenlab.nl
www.nvspv.nl
www.schizofrenie.nl
www.stemmenhoren.nl
www.stichtingweerklank.nl
www.trimbos.nl
www.ypsilon.org
mgv.boomtijdschriften.nl