

---

# HET SOCIALE IN DE PSYCHIATRIE

**Prof. Dr. M.A.J. Romme**, Auteur is psychiater. Was hoogleraar Sociale Psychiatrie te Maastricht. Romme is medeauteur van 'Wat is Sociale Psychiatrie' en 'Stemmen horen'.

*Lezing gehouden tijdens de werkconferentie 'De toekomst van de sociale psychiatrie'. Georganiseerd door de Strategiegroep Sociale Psychiatrie op 28 november 2002.*

De geschiedenis gaat soms heel speciale wegen. Het is aardig om samen met Joop van Londen een oud verschil van opvatting over de invloed van 'het sociale' op psychiatrische ziekten weer eens voor het voetlicht te brengen. Joop en ik zijn twee bevriende collega's die ieder een relatie hadden met de twee collega's die in 1934 al over dit onderwerp van mening verschilden. Die twee collega's uit 1934 waren A. Querido en F.S. Meyers. Querido bekend geworden vanwege de 'psychiatrie d'urgence' of wel als de rijdende psychiater en Meyers vooral bekend uit de zwakzinnige zorg, maar in 1934 wel de baas van de jonge Querido bij de GGD te Amsterdam. Joop van Londen is de kleinschoonzoontje van Meyers en ik ben een leerling van Querido, die ook mijn promotor was. Mijn promotie ging over de invloed van sociale factoren op- het opname beleid van de rijdende psychiater. Vandaar dat Querido mij ook de wat persoonlijker verhalen vertelde over de begintijd van deze rijdende psychiatrie. Ik kan voor de waarheid niet echt instaan, maar waarom zou ik mijn leermeester niet geloven. Het verhaal ging als volgt. In de crisis jaren voor de Tweede Wereldoorlog in de jaren 30, waren veel patiënten heel lang opgenomen in de vele psychiatrische inrichtingen buiten Amsterdam. De gemeente Amsterdam droeg vanwege de 'Armen wet' de kosten van deze opnamen. Dat werd haar te duur en Querido werd aangezocht daar wat aan te doen.

Querido begon met de inrichtingen te bezoeken. Hij werd daar keurig ontvangen, maar het werd hem wel duidelijk gemaakt dat hij met ontslag van de patiënten niets te maken zou hebben. Dat was en bleef de verantwoordelijkheid van de geneesheer directeur van de inrichting. Querido verzocht een oplossing die het mogelijk zou maken opnamen te voorkomen. Wanneer er opname gevraagd werd ging hij de patiënten thuis bezoeken om te zien of er iets anders mogelijk was. Hij overlegde met Meyers die reageerde met: "daar zie ik niets in, van een huisbezoek wordt niemand beter". Dat sociale factoren invloed konden hebben op het verloop van psychiatrische ziekten was toen niet erg in. In het klinisch denken was dat zeker niet vanzelfsprekend.

Dit verschil van denken over de invloed van 'het sociale' op het verloop van psychiatrische ziekten bestaat eigenlijk nog. Het verschil ligt nu vooral in het antwoord op de vraag of psychiatrische ziekten veroorzaakt kunnen worden door sociale verhoudingen en sociale interacties, dan wel of sociale factoren van invloed zijn op het met de ziekte optimaal kunnen functioneren in de gewone of aangepaste samenleving. De opvatting van Van Londen, zoals hij vertelde in zijn Trimbos lezing (2001), geeft weer dat hij de tweede mening is toe gedaan. Het sociale lijkt daarin vooral ondergeschikt aan andere, in de persoon gelegen, factoren. Het is vooral van belang om vorm te geven aan een optimaal leefmilieu voor de patiënt met zijn/haar ziekte. Ofschoon dit zonder meer ook van belang is, gaat mijn opvatting over de invloed van het sociale verder. Er zijn mijns inziens voldoende wetenschappelijke

argumenten om aan te nemen dat sociale invloeden niet alleen een pathosplastische, maar ook een pathogene invloed hebben. Ze zijn van oorzakelijk belang, dat wil zeggen dat het individu vertoont ziektegedrag en reageert daarmee op de omstandigheden. De discussie over de invloed van het sociale werd door Van Londen in zijn Trimbos lezing ook toegelicht aan de hand van zijn kanttekeningen bij de ideeën van Trimbos, die een nogal sterke promotor was van de beïnvloeding van sociale factoren als preventieve maatregel. Trimbos was praktisch van aard en probeerde vooral via de media de nodige aspecten in de samenleving waarop hij zijn kritiek richtte te beïnvloeden. Zo spande hij zich in om in onze samenleving de homoseksualiteit geaccepteerd te krijgen.

Wat de samenleving al dan niet moet accepteren is uiteraard voor discussie vatbaar en een politieke aangelegenheid, maar daarom nog geen reden om te ontkennen dat sociale invloeden pathogeen kunnen zijn. We moeten dan wel zoals Henkelman (2002) terecht stelt, kunnen aangeven over wie we praten en hoe we moeten handelen. Dat wil ik hier graag doen.

### Trauma en psychosen

Het sociale kent vele aspecten die invloed hebben op het ontstaan van psychosen. Traumatische ervaringen kunnen, afhankelijk van bijkomende emoties en de consequenties ervan voor de sociale relaties, tot psychosen leiden. Maar het kan ook zo zijn dat sociale omstandigheden geen mogelijkheden bieden om aan de eigenheid van de persoon ruimte en vorm te geven. Dit komt nog steeds voor bij homoseksualiteit in bepaalde milieus, bij discriminatie, bij chantage, maar ook bij bijzondere ervaringen zoals stemmen horen (auditive hallucinaties). Er zijn eveneens nog

altijd opvoedingspatronen die het jonge individu onvoldoende uitrusten om te stresserende omstandigheden het hoofd te bieden. Verwaarlozing is een voorbeeld daarvan, maar ook het andere uiterste zoals overmatige bezorgdheid en zorg. Het vermindert de weerbaarheid, en de mogelijkheid een eigen identiteit te ontwikkelen kan ernstig worden aangetast. Bij psychosen hebben we al deze verschillende patronen een rol zien spelen. Deze worden ook in de literatuur vermeld in relatie tot het ontstaan en verloop van psychosen. Vooral in de patiënten literatuur zoals in "Speaking Our Minds" en in verslagen van (ex)patiënten in het Nederlandse tijdschrift "Deviant". Onlangs verscheen er in het Nederlands Tijdschrift voor Psychiatrie een artikel over Trauma en Psychose (van Gerven e.a.2002). Hierin kwam naar voren dat psychotische patiënten een zeer hoog percentage traumatische ervaringen rapporteren. Een percentage dat aanzienlijk hoger is dan de percentages bij mannen en vrouwen in de algemene bevolking. Twee onderzoeken waarnaar dit artikel refereert, laten zien dat de prevalentie van PTSS bij opgenomen patiënten 43% bedraagt (Frame en Morrison 2001 en Mueser e.a.1998). De laatste van de twee laat zien dat dit maar in 2% van de gevallen in de status was vermeld. Naar mijn mening wordt dit terecht geweten aan het feit dat klinici in het algemeen weinig belang toekennen aan traumatische ervaringen bij een psychose. Daarom alleen al zou er behoefte zijn aan een sociale naast een klinische psychiatrie, maar er zijn nog heel wat meer argumenten.

Er zijn behalve trauma's ook nog andere sociale factoren die invloed uitoefenen op het verloop van psychosen, het zijn zowel toxische als beschermende factoren. Toxische factoren die als *trigger* kunnen functioneren, maar vooral het verloop en de prognose beïnvloeden.

Een voorbeeld is het expressed emotion fenomeen, dat uitvoerig en bij herhaling werd onderzocht door Julian Leff en vele anderen.

In de sociale psychiatrische praktijk werd al lang met beschermende factoren gewerkt. Ze komen nu weer opnieuw naar voren in de onderzoeks literatuur. Het gaat hierbij behalve om acceptatie van bijzondere ervaringen van support, ook om structuur in het dagelijks sociale leven zoals een betekenisvolle baan en betekenisvolle relaties. Het gaat echter ook om uitzicht en hoop op een betekenisvolle toekomst evenals om de erkenning van gekwetstheid. Het gaat ook om problemen rond begrijpelijke emotionele reacties. Kortom het gaat erom de psychose begrijpelijk te maken.

Al deze genoemde factoren zijn argumenten voor een bredere kijk op psychosen en onderschrijven de noodzaak van kennis van sociale invloeden en het in de behandeling kunnen hanteren daarvan. Als verdere argumentatie voor hun belang in relatie tot psychosen, wil ik U meenemen naar een viertal onderzoeken die in de jaren negentig rond dit thema hebben plaats gevonden. Deze vier studies werden verricht door vier sociaal psychiaters. Alanen e.a. (1991) uit Finland met zijn "Turku project" voor Need-adapted treatment van nieuwe schizofrenie patiënten; Ciompi e.a. (1992) met hun "Soteria Project" voor de behandeling van acute schizofrenie psychose; Mosher e.a. (1995) met hun behandeling van acute psychosen zonder neuroleptica en tenslotte Cullberg (2001) met zijn intensieve psychosociale en lage dosis medicamenteuze behandeling van eerste psychose episodes. Dit was een pilot study die doorgelopen is in zijn "Parachute project met over geheel Zweden zo'n 300 deelnemende patiënten. Uit deze projecten komen twee voor deze discussie belangrijke elementen naar voren. Ten eerste het samenstel van factoren dat invloed

heeft op het ontstaan en verloop van psychosen. Hierin zijn sociale factoren belangrijk omdat deze meer dan de genetische factoren open staan voor beïnvloeding. Het onderstaande schema uit Cullberg (2001) gaat hierover.

Ten tweede de behandelingsaspecten uit het protocol van het project die kennis en vaardigheden vereisen over sociale invloeden en het omgaan met sociale interacties. Hierbij gaat het om de behandelingsmodulen die in de projecten worden gebruikt.

### **Trauma, kwetsbaarheid en sociale invloeden**

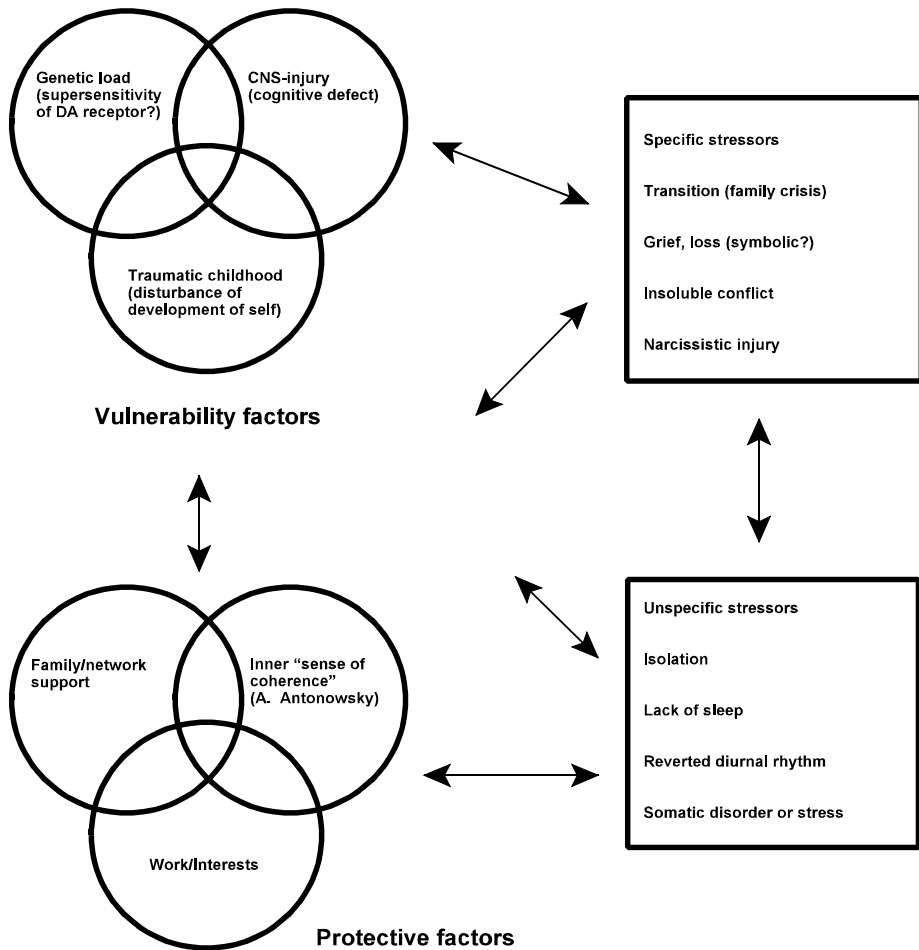
Vulnerabiliteit ontstaat behalve uit veronderstelde genetische factoren, ook als gevolg van traumatische ervaringen in de kindertijd. Dan zijn er als sociale factoren de specifiek genoemde stressoren, dat wil zeggen oorzakelijke factoren zoals familie crises, rouw en verlies, onoplosbare conflicten en kleineringen. Vervolgens zijn er sociale invloeden die fungeren als uitlokkende factoren en hier niet specifieke stress worden genoemd zoals isolatie, slaap tekort, verstoord dag/nacht ritme en stress.

Tot slot worden als beschermende factoren genoemd een ondersteunend netwerk van relaties waarin men zich thuis voelt en die van betekenis zijn, een betekenisvolle baan of bezigheden en een innerlijk gevoel van samenhang, dat samengaat met een structuur in het dagelijks leven.

Op de in dit schema genoemde factoren heeft men aansluitend een therapie programma in deze projecten ontworpen, uitgevoerd en geëvalueerd. "Need -adapted psychosis care is daar een goede naam voor. Wij zouden dat "Zorg op maat" of de "vraag gestuurde zorg" noemen. Dit programma dat in Zweden werd gehanteerd bestaat uit de volgende elementen:

1. Early intervention met huisbezoek en thuiszorg. Een speciaal psychose

**Vulnerability factors, protective factors and stress factors**



- \* the network of relations that surrounds us
- \* access to a meaningful job or occupation
- \* an inner feeling of coherence

team draagt de volle verantwoordelijkheid voor elke zodra een patiënt zelf of een familielid hulp zoekt. Vanwege het onderzoek werd de scope beperkt tot de eerste episodes.

2. Crises en psychotherapeutische benadering met support voor de familie. Hierbij wordt elk familielid gevraagd om zijn/haar problemen aan te geven en wordt gewerkt aan het begrijpen van de acuut ontstane stress situatie. Men probeert de dramatische aspecten te verminderen, men probeert de patiënt te motiveren tot verdere contacten en een realistisch maar hoopvol perspectief te bieden. In een wat later stadium wordt dit aangevuld door in te gaan op de dynamiek van de problemen, dan wel wordt een cognitief psychologische benadering gebruikt gericht op de depressieve of andere overblijvende symptomen. Dit geheel omvat bijeenkomsten waarin soms ook familieleden worden betrokken gedurende een periode van ongeveer een half jaar met een frequentie van een of tweemaal per week.
3. Familie oriëntatie. De familie voor zover aanwezig wordt uitgenodigd voor herhaalde ontmoetingen. Bij de eerste bijeenkomsten wordt een "familie kaart" ontwikkeld. Hierbij worden drie generaties (grootouders, ouders, kinderen) geïdentificeerd en op de kaart een plaats gegeven. Dit betekent dat familie geheimen, waarover nooit gepraat wordt, naar voren kunnen komen en zo kunnen de problemen in de levens van grootouders en ouders tot een beter begrip leiden van de problemen van de patiënt. De initiële familie ontmoetingen worden vervolgd met daaraan toegevoegd ondersteunende, probleem oplossende en pedagogische componenten.
4. Continuïteit en gemakkelijke bereikbaarheid van het team wordt aangeboden gedurende het vijfjarige

project, indien patiënt of familie daaraan behoefte hebben. In de begin contacten worden de therapeutische benodigdheden vastgesteld en georganiseerd.

5. Optimale, maar laagst mogelijke dosis neuroleptica. Angst en slapeloosheid worden in eerste instantie benaderd met benzodiazepines. Wanneer de psychotische symptomen aanwezig en storend zijn, dan worden neuroleptica voorgeschreven. Er wordt met een hele lage dosis begonnen. Met een equivalent van 0,5 of 1,0 mg. Haloperidol per dag, dat zonodig langzaam wordt opgevoerd (achteraf bleek de gemiddelde dosis ongeveer 2.0 mg. per dag).
6. Behoeft aan nachtelijke zorg (bed op recept). Alle patiënten bleven idealiter thuis wonen. Bij behoefte aan een crisisbed werd dat aangeboden in een kleinschalige voorziening met een persoonlijk karakter. Hier konden eventueel ook familieleden of partners overnachten. In geval van gevaar werd gebruik gemaakt van de gewone psychiatrische voorzieningen

Alles bij elkaar een gedifferentieerd programma met veel aandacht voor de familie verhoudingen, het omgaan met de psychotische verschijnselen, de achterliggende problematiek en de sociale inbedding. Een programma dat vooral de persoonlijke variatie erkent en van theorieën en medicatie geen heilige koeien maakt, maar ze gebruikt als hulpmiddelen en waarbij continuïteit en relatievorming meer centraal staan dan technieken. Voor een dergelijke aanpak is klinisch denken onvoldoende. Het psychose team werkt als ambulante team met de beschikking over enkele bedden. Een programma dat uitstekend kan worden uitgevoerd door sociaal psychiatrisch verpleegkundigen met consultatie van een psychiater en hulp van psychotherapeuten t.a.v. cognitieve en psychodynamische therapie naast arbeidsoriëntatie en arbeidstraining etc.

### **Naar een andere diagnostiek**

In de jaren negentig hebben er nog een aantal ontwikkelingen plaats gevonden, die niet alleen de behoefte aan het sociale in de psychiatrie onderstrepen maar ook de vraag oproepen of we niet toe zijn aan een herschrijven van veel psychiatrische elementen vooral ten aanzien van de diagnostiek en de ideeën rond "ziekte eenheden" en de daarop gerichte behandeling. Het gaat hier om de resultaten van twee soorten onderzoek:

- Het epidemiologisch bevolkings onderzoek op psychiatrische symptomatologie, en
- Het onderzoek naar het verloop van het herstel proces bij ernstige psychiatrische stoornissen c.q. psychosen.

Uit bevolkingsonderzoek naar het voorkomen van hallucinaties en wanen, zoals dat voor Nederland gedaan is in het Nemesis onderzoek (v. Bijl e.a. 1998 :van Os e.a. 2001), komt naar voren dat wanen en hallucinaties afzonderlijk en samen in een redelijk percentage voorkomen, zonder dat daarbij sprake is van een psychiatrische ziekte. Dit is elders ook onderzocht zowel in studenten populaties als in algemeen bevolkingsonderzoek, en bevestigd wat wij bij herhaling konden vaststellen in ons eigen onderzoek naar auditieve hallucinaties (Romme en Escher 1989 tot 2002). Het gaat hierbij om mensen die hallucinaties en wanen aangeven, maar daarbij niet scoren in een ziekte categorie dus niet om onbehandelde patiënten. Het gaat echt om mensen die maatschappelijk goed functioneren en geen behoefte hebben aan therapie, omdat zij met hun hallucinaties goed overweg kunnen en er zelfs prijs opstellen.

Deze feiten zijn voor hulpverleners vanuit hun opleidingen vreemd. Wij hebben helaas moeten constateren dat voor velen, deze feiten niet acceptabel zijn. Het dringt helaas ook heel langzaam door, dat deze feiten

consequenties hebben. De consequentie is namelijk dat fenomenen zoals hallucinaties en wanen op zichzelf geen pathologische betekenis hebben, zoals in de diagnostische traditie altijd wordt aangenomen. Deze verschijnselen krijgen pas pathologie betekenis wanneer degene die ze ervaart er niet mee kan omgaan en daardoor gaat disfunctioneren.

Aangezien degene die ermee bij de hulpverlening komen er ook niet mee kunnen omgaan, zou het niet zo erg zijn om deze verschijnselen voor pathologisch te houden, ware het niet dat de volgende stap, namelijk de constructie van een ziektebeeld, de hulpverlener en de patiënt op een dwaalspoor brengt. Een dwaalspoor omdat in de diagnose de reacties van de patiënt op de stemmen als aparte symptomen worden opgevat, horend bij het ziektebeeld in plaats van ze als reacties op de hallucinaties te zien en als uitdrukking van het onvermogen er mee om te gaan. Zo kan het hele ziektebeeld van de Schizofrenie ontstaan, opgebouwd uit het onvermogen om om te gaan met hallucinaties. Als secundaire reactie kunnen wanen ontstaan, dat wil zeggen merkwaardige verklaringen voor de merkwaardige ervaring van de hallucinatie. Dit geldt ook voor andere secundaire reacties zoals inadequaate affect, verwardheid, angst, isolatie, vertraagd denken; concentratie stoornissen etc.. Deze secundaire reacties ontstaan uit onmacht om met die stemmen om te gaan, waarbij er zoveel aandacht aan de stemmen wordt gegeven dat de concentratie op de omgeving verstoord wordt. Het kan ook gebeuren dat men zoveel angst voor de stemmen heeft, dat men uit angst voor de stemmen allerhande vermijdingsgedrag vertoont, zoals zich isoleren en ander zogenoemde negatieve symptomen (Strauss 1989). Het probleem is vervolgens dat in de therapie vooral de onderdrukking van

de symptomen wordt nagestreefd en noch aandacht wordt gegeven aan het er mee leren omgaan noch aan de achterliggende problemen. Het er mee leren omgaan, krijgt de laatste jaren steeds meer aandacht omdat de cognitieve psychologie zich daarop heeft geworpen. De cognitieve psychotherapie, uitgevonden door Beck voor depressies, wordt nu meer en meer gebruikt voor psychotische symptomen en gelukkig niet voor ziektebeelden als geheel, want dat gaat niet met die technieken.

Wanneer hallucinaties en wanen voorkomen bij mensen zonder dat er sprake is van ziekte, dan gaat het bij het vaststellen van ziekte niet meer om de aanwezigheid van wanen en hallucinaties, maar om de vraag waarom iemand daarmee disfunctioneert. Dit is een sociaal probleem, want disfunctioneren doe je niet alleen op grond van attributies (angst voor), maar ook op grond van de stress, die bepaalde situaties voor de persoon met zich brengt en die als *trigger* werkt voor het ontstaan van de klacht (hallucinatie/waan). Het verschijnsel krijgt betekenis in de context waar het zich afspeelt. Hiervoor is het klinisch denken onvoldoende behulpzaam.

Het bevolkingsonderzoek naar psychiatrische symptomen leert ons dus dat er geen dichotomie bestaat tussen ziek—gezond, dat er geen kwalitatief verschil is tussen psychosen en het ervaren van hallucinaties en wanen, maar een kwantitatief, uit te drukken in invloeden van toxische en beschermende factoren. En zoals we boven bij de vier projecten zagen, waren deze factoren goeddeels van sociale aard. Er is dus meer sprake van gelijktijdige aanwezigheid van rationaliteit en irrationaliteit waarin bij de psychose het evenwicht verschuift naar irrationaliteit als antwoord op ervaren problemen.

Dit sluit aan bij de bovengenoemde tweede onderzoekslijn, dat is het

onderzoek bij mensen die herstellen van hun ernstig psychiatrische stoornis. Het gaat daarbij over wat zij zelf vertellen over hun proces van herstellen de invloeden daarop. Hiervoor refereer ik aan het onderzoek *Managing the Contradictions* (Topor 2001). Wat deze verhalen aan het licht brengen is wat Topor noemt 'de complexiteit van de psychose', hetgeen inhoudt de gelijktijdige aanwezigheid van gekte en rationaliteit, of vanuit het patiënt perspectief, de gelijktijdige ervaring van een vreemd zelf en een zelf dat zich inspant om zich zelf terug te vinden. Uit deze verhalen komt ook naar voren dat er geen sprake is van een dichotomie tussen ziek zijn en gezond zijn. Een aantal resultaten laten zien waar tegenstellingen overwonnen moeten worden tussen het klinische denken en het patiënten denken, en waar het sociale in het proces van herstel een rol speelt zoals bij de volgende tegenstellingen:

1. In de klinische psychiatrie worden bepaalde ervaringen en gedragingen gezien als symptomen van ziekte, maar in de verhalen vertellen patiënten dat hun gedrag door hen zelf gezien wordt als een overlevingsstrategie, als een poging om het eigen leven vorm te geven. Weliswaar inadequaat maar wel doelgericht, daarom wel vatbaar voor verandering wanneer het doel niet uit het oog wordt verloren in de hulpverlening.
2. Tegenover de opvatting dat een psychoticus niet in staat is relaties te leggen, staat ook dat deze erkent problemen te hebben in zijn relaties en over dit probleem wil praten. De centrale rol, die zoals uit de verhalen naar voren komt, relaties innemen in het proces van herstel, maakt het begrijpelijk dat patiënten het steeds weer als heel belangrijk aangeven "te worden gezien" "te worden gerespecteerd", "naar geluisterd te worden". In de geschiedenissen werden juist de relaties met

hulpverleners die de routine doorbraken en iets bijzonders ondernamen, als essentieel voor het herstel genoemd.

3. In de psychiatrische geschiedenis heeft de familie lange tijd de rol gekregen oorzaak te zijn van de ziekte, terwijl ze nu als de belangrijkste support wordt beschreven en als naaste bondgenoot van de psychiater. In de geschiedenissen komt een gevarieerd beeld naar voren geen of/ of maar beide tegelijk zowel bijdragend aan het probleem als een bron van belangrijke support.
4. Medicijnen als chemische invloed en medicijnen als deel van een persoonlijke relatie, als hulpmiddel. *Compliance* betekent het accepteren van de autoriteit van de dokter. Het gaat daarbij om het chemisch effect. Participatie betekent dat de patiënt invloed heeft op de behandeling inclusief de besluitvorming. Het gaat hierbij om de context, psychologisch zowel als sociaal. Medicijnen als een instrument gelijk aan andere instrumenten die behulpzaam kunnen zijn bij het herstel.

### Het sociale in de psychiatrie

Het gaat er mij hier niet om uitputtend te zijn, maar om de plaats van het sociale in de psychiatrie toe te lichten bij het herstel van ernstige psychiatrische problematiek en daarmee een gedifferentieerd beeld te geven van sociale psychiatrie. Wat hier tot dusver door mij werd opgeschreven geeft aan het sociale in de psychiatrie de volgende rollen:

1. Als oorzakelijke factor voor psychosen zoals traumata; seksuele identiteitsproblemen; liefdesverlies; kleinering; afwijzing; opvoedingspatronen die leiden tot verwaarlozing dan wel identiteit en/of weerbaarheidsproblemen; niet geaccepteerd worden van sterke eigen ambities; discriminatie en tenslotte andere vormen van specifieke stress voor de betreffende persoon. Dit zijn dus in het

factoren waaruit vulnerabiliteit ontstaat.

2. Als toxische factoren zoals schuldgevoelens en verlaagd zelfstelsysteem als gevolg van bijvoorbeeld trauma; onkunde van het effect van trauma's op het psychisch welbevinden; langerdurende disfunctie; isolement; wanhoop; onderwerp van *expressed emotion*; geen structuur in het dagelijks leven; slaap tekort; verstoort dag/nacht ritme bijkomende angst, depressie en dissociatie en het niet kunnen omgaan met agressie. Toxische factoren beïnvloeden net als de beschermende factoren vooral het verloop.
3. Als beschermende factoren zoals een netwerk van relaties; betekenisvolle relaties; liefdesrelatie; een betekenisvolle baan en /of bezigheden; zelfstandigheid; iets te verliezen hebben; support ervaren; zich veilig voelen in het dagelijkse leven; naar geluisterd worden; gerespecteerd worden; erkend worden in de traumatische ervaring(en); geaccepteerd worden van de eigen ervaringen en belevingen; betrokken worden in de besluiten in de behandeling; herkend en gerespecteerd worden bij emotionele problemen en problemen in relaties; geleerd hebben om te gaan met de psychotische belevingen; inzicht in de *triggers*; inzicht in achterliggende problemen; iemand hebben die een vast baken vormt; een hoopvol levensperspectief.

Al met al betekent dit nogal een uitgebreid taken, kennis, en vaardighedenpakket voor de sociaal psychiatrisch verpleegkundigen, omdat zij het leeuwendeel van het werk in feite zullen verrichten.

Ten aanzien van diagnostiek moge duidelijk geworden zijn dat een categorale diagnose in dat werk niet thuis hoort en de aandacht moet uitgaan naar het herkennen en uitdiepen van klachten. Klachten hebben redenen en achtergronden in het leven van de patiënt, diagnoses

hebben dat niet en ze vervreemden bovendien de persoon van zichzelf. De categorale diagnostiek heeft voor de sociaal psychiatrische hulp ernstige problemen. Behalve dat deze diagnostiek wetenschappelijk noch betrouwbaar, noch valide is, bestaat zij uit een onduidelijk samenstel van primaire en secundaire reacties en moet men de diagnose weer ontleden in haar klachten wil men er iets mee kunnen aanvangen in de hulpverlening. In de sociale psychiatrie gaat het om klachten die met de Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) betrouwbaar kunnen worden gemeten en dus uitgangspunt kunnen worden voor zowel hulpverlening als verzekeringsinstanties. Vervolgens gaat het in de diagnostiek om disfuncties als gevolg van de klachten (waarvoor ook meetinstrumenten bestaan) en in de hulpverlening om de redenen voor die disfuncties, en de aanwezige toxische en beschermende factoren daarbij. Dit geheel ingekaderd in een persoonlijk behandelplan dat de wet voorschrijft. Het analyseren van de *triggers* die tot psychotische decompensatie leiden, is daarbij belangrijk voor het achterhalen van de achterliggende problemen. Al met al lijkt het er op dat de hele psychiatrie toe is aan een herschrijving van haar diagnostiek systeem en daarmee ook met behandelingen en begeleidingen procedures. Indien we ziekte anders zouden gaan definiëren, bijvoorbeeld als "het onvermogen in een

bepaalde periode te functioneren in het dagelijkse leven, in overeenstemming met de eigen wensen en ambities binnen de gewone maatschappelijke normen, op grond van psychiatrische klachten", dan zouden wij individuele diagnoses stellen die heel goed meetbaar zijn. Wij zouden recht doen aan de persoonlijke variatie en af zijn van theoretische strijden, omdat dan elke reden goed is voorzover aantoonbaar bij het individu.

Als hulpverlener zou men dan echt sociaal psychiatrisch kunnen werken door zich in te leven in de levenssituatie van de patiënt en zich vervolgens met de patiënt en zijn familie af te vragen of dat wel leefbaar is en wat er zou moeten veranderen om het leefbaar te maken en hoe. De analyse van de *triggers* is een essentieel deel van dit gezamenlijk zoeken.

Uit dit verhaal zal het hopelijk duidelijk geworden zijn, dat er een fundamentele wisselwerking bestaat tussen de psychotische mens en zijn/haar omgeving, waarvan het ontstaan en verloop van de psychose afhankelijk is. Ook psychosen ontstaan als gevolg van de interactie tussen individu en omgeving en hebben tevens invloed op die interactie. Hierop zou de hulpverlener zich moeten richten in de praktijk, na gerichte scholing en op grond van onderzoek.

---

## Literatuurlijst

Alanen, Y.O., K. Lethinen, V. Rakkolainen en J. Aaltonen (1991) Need adapted treatment of new schizophrenic patients, *Acta Psychiatrica Scandinavica* 83: 363-372.

Bijl, R.V., G. van Zessen, A. Ravelli, C. de Rijk, Y. Langendoen, (1998) The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS) *Sociale Psychiatrie en Psychiatrische Epidemiologie*, 33, 581-586.

Ciampi, L., Z. Kupper, E. Aebi, H.P. Dauwalder, T. Hubschmid, K. Trutsch, C. Rutishauer, (1992) Das Pilotproject "Soteria Bern" zur behandlung akut Schizophrener II, *Nervenarzt* 64: 440-450.

Cullberg, J. (2001) *The Parachute project: first episodes psychosis background and treatment. In: Language of psychosis*. Ed. By P. Williams Publishers London.

- Frame, L. & A.P. Morrison, (2001) Causes of posttraumatic stress disorder in psychotic patients. *Archives of general Psychiatry* 58: 305-306.
- Gerven, M. van, O. van der Hart, E.R.S. Nijenhuis, T. Kuipers, (2002) Psychose, trauma en aan trauma gerelateerde psychopathologie, *Nederlands Tijdschrift voor Psychiatrie* 44: 533-539.
- Henkelman, L., (2002) Gezondheidszorg en Politiek, *Deviant* 33: 28.
- Johns, C. Louise & J. van Os (2001) The Continuity of Psychotic Experiences in the General Population, *Clinical Psychology Review* 21: 1125-1141.
- Londen, J. van (2001). Opkomst en neergang van de sociale psychiatrie. Kan het boek van de sociale psychiatrie al worden gesloten en terzijde gelegd ? Utrecht: Trimbos-instituut.
- Mosher, L.R., R. Vallone, A. Menn, (1995) The Treatment of acute psychosis without neuroleptics, *International Journal Social Psychiatry* 41: 157-173.
- Mueser, K.T., L.B. Goodman, S.L. Trumbetta, e.a., (1998) Trauma and posttraumatic stress disorder in severe mental illness, *Journal of Consultative and Clinical Psychology* 66: 491-499.
- Read, J., & J. Reynolds, (1996) *Speaking our minds*. Open University Bristol.
- Romme, M. & A. Escher, (1989) *Hearing voices*. *Schizophrenia Bulletin* 15: 137-150.
- Romme, M. & A. Escher, (1993) *Accepting voices*. London: Mind publications.
- Romme, M. & A. Escher, (1996) *Understanding voices*. Gloucester: Handsell publications.
- Romme, M. & A. Escher, (2000) *making Sense of voices*. London: Mind publications.
- Strauss, J.S. (1989) Mediating processes in Schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*. July Suppl. 22-28.
- Topor, A. (2001) *Managing the Contradictions*. Stockholm: Department of Social Work.