
LITERATUURBESPREKING

"De ontwikkeling van het kind"

Peter Braem

Verhulst, Frank C. *De ontwikkeling van een kind*. Auteur is hoofd van de afdeling Kinder- en Jeugdpsychiatrie van het Erasmus MC/Sophia Kinderziekenhuis te Rotterdam. Van Gorcum, 166 pag. €24,90 ISBN : 90 232 4121 5

Inleiding

In het boek "De ontwikkeling van het kind" wordt beschreven hoe een normale ontwikkeling bij een kind verloopt en welke invloeden een gunstig of ongunstig effect hebben. Het gaat hier om de achtste druk van dit in 1989 voor het eerst verschenen werk. Het boek is vrijwel geheel herschreven. Nieuwe inzichten zijn erin verwerkt. Alhoewel niet al te diepgaand, geeft het een helder overzicht van de belangrijkste ontwikkelingsprocessen tot en met de adolescentiefase. Ik heb het boek met plezier gelezen. Weliswaar niet werkzaam in de jeugdpsychiatrie maar in de verslavings-bemoeizorg, vind ik de kennis die in dit boek is gevat waardevol. Immers, zoals bekend, is de oorsprong van veel psychiatrische stoornissen in de (vroeg) ontwikkeling terug te vinden. Omdat het boek duidelijk en toegankelijk is, is het ook een aanrader voor ouders met jonge kinderen.

Opfrissen

In het boek komen de bekendste ontwikkelingstheorieën aan bod. Wie heeft er in zijn opleiding niet van alles geleerd over objectpermanentie, de psychoanalytische theorie van Freud of de psychosociale ontwikkeling van Erik Erikson? En wie kan dit allemaal nog reproduceren? Even opfrissen dus. De lezer wordt geïnformeerd omtrent de heersende, kritische gedachten van onze huidige tijd over het werk van Piaget en van Freud. Dit vind ik waardevol, want veel lezers, waaronder ik, zullen niet zodanig onderlegd zijn dat de besproken gezichtspunten op hun betrekkelijke waarde kunnen worden geschat.

Basic trust

Iedere ouder zal zichzelf wel eens de vraag stellen of de opvoeding wel op verantwoorde wijze wordt uitgevoerd: "doen wij het wel goed?" Op de vraag wat belangrijke zaken zijn voor een goede opvoeding geeft Verhulst, met aanhaling van Bowlby, onomwonden antwoord: Volgens Bowlby zullen kinderen van ouders die gevoelig zijn voor de behoeften van het kind en die hierop goed kunnen inspelen, later een goed ontwikkeld zelfvertrouwen hebben. Door effectief in te spelen op de balans tussen exploratiedrang en het nabijheid-zoeken van het kind, wordt een veilige basis van sociaal functioneren gevormd. Bowlby omschreef dit als veilige gehechtheid en Erikson als '(basic) trust'.

Agressie

Over agressie schrijft Verhulst onder andere: "Ook al neemt het niveau van fysieke agressie af, agressief gedrag is een van de meest persistente vormen van gedrag. Dat wil zeggen dat kinderen die ten opzichte van leeftijdgenoten agressief waren, op latere leeftijd nog steeds agressiever zijn dan de meeste leeftijdgenoten" (Verhulst & Van der Ende, 1995; Hofstra e.a., 2000). Verhulst refereert aan Patterson (1982), die opvoedingspatronen in gezinnen met kinderen die veel agressief of ander antisociaal gedrag vertoonden, bestudeerde.

Patterson vond dat agressief gedrag frequent voorkwam bij kinderen in gezinnen die niet voldeden aan de kenmerken van het structurend-reciproke patroon (ouders die eisen stellen aan het kind en zelfstandigheid aanmoedigen, waarbij tussen ouders en kind open wordt gecommuniceerd en er wederzijds begrip is [red]).

Tot besluit

In Elsevier.nl (mei 2005) verscheen het artikel "De onzin van het perfecte kind" van Martine Delfos. Zij schreef verschillende boeken over de ontwikkeling van het kind. Zij constateert: "Wachten is een deugd die we als opvoeders aan het verleren zijn. Kinderen moeten de kans krijgen om te rijpen. Om iets in hun eigen tempo en volgorde te leren. Ze kunnen niet alles meteen en niet alles tegelijkertijd. Je kunt als opvoeders wel proberen om bepaalde vaardigheden te trainen, maar dat gaat dan altijd ten koste van andere vaardigheden." Reden temeer om ons, als (jeugd)hulpverleners en ouders, goed op de hoogte te stellen van die gezonde ontwikkeling van het kind. Bijvoorbeeld door kennis te nemen van dit werk van Verhulst.

Pure waanzin

Ivonne van der Padt

Kusters, W. (2004) *Pure waanzin. Een zoektocht naar de psychotische ervaring*. Amsterdam: Nieuwezijds. 176 pag. € 16,95 ISBN 90 5712 206 5

Pure waanzin neemt de lezer onder andere mee naar een isoleercel waar Kusters enige tijd verblijft als hij is opgenomen vanwege een psychose. Deze psychotische ervaringen worden op een zeer indringende manier beschreven. De auteur, taalkundige, publicist en docent Nederlands, gaat na of, en op welke wijze deze psychotische ervaringen zich onderscheiden van 'normale' ervaringen. In de waan is vaak sprake van een veranderde tijdbeleving. Gedachten gaan nogal eens over historische personages, straling en oorlog. 'Normale' mensen vinden deze gedachten vreemd. Hulpverleners ondernemen weinig om dergelijke ideeën te begrijpen. Kusters biedt hiertoe de mogelijkheid door naast zijn eigen ervaringen, autobiografieën van anderen over hun psychotische ervaringen, vakliteratuur op het gebied van psychosen en filosofische werken uit te pluizen. Deze zoektocht moet wel leiden naar een beter begrip voor, en een beter verstaan van mensen met psychotische ervaringen.

Een ware zoektocht wordt het, want ik kan hem geen ongelijk geven als hij schrijft dat de psychiatrie nauwelijks in staat is gebleken te begrijpen en beschrijven 'wat en hoe het is om psychotisch te zijn'. Uit beschrijvingen over psychosen, vanuit verschillende visies (persoonlijke, psychoanalytische of psychiatrische) wordt duidelijk gemaakt dat psychosen 'anders' zijn, afwijken van het normale. In dit boek wil de auteur laten zien dat het begrip 'normaal' in feite subjectief is. We kennen dit van een ver verleden, de tijd van de antipsychiatrie, de slagzin van Pandora: "ooit een normaal mens ontmoet?" In diezelfde periode werd voor het eerst écht duidelijk dat ervaringen van mensen met een psychose of wanen niet los gezien konden worden van de mens in relatie tot zijn of haar cultuur en de maatschappij waarin hij leeft.

In het eerste hoofdstuk schetst Kusters hoe er tegen psychiatrie en ziektebeelden wordt aangekeken. Daarbij bespreekt hij ook de discussie die al jaren bestaat over het wel of niet ontbreken van een welomlijnd ziektebegrip voor schizofrenie (zie ook de bespreking van de dissertatie van Blom door de heer Keukens in dit

nummer). Dit heeft gevolgen voor de behandeling. Daarnaast stelt de auteur dat een strikt medische benadering van psychosen het inzicht in psychotische ervaringen blokkeert. Dit komt vooral vanwege de nadruk die ligt op controle, beheersing en genezing van psychosen. Een afwijking van het 'normale' dient aangepakt te worden. Kusters vraagt zich af of deze benadering wel de juiste is. Behandeling van psychosen moet op basis van goede argumenten (lijdensdruk), niet omdat ze worden gezien als afwijking van het 'normale'.

Kusters omschrijft de psychose in het hoofdstuk *Ontregeling* als datgene wat ontsnapt aan iedere poging tot betekenisgeving. Dat gebeurt als iemand afstand neemt van zijn directe omgeving, op drift raakt. De mens met een psychose houdt zich niet langer aan conventies maar doorbreekt ze. Hij of zij staat daarin niet alleen; kunstenaars en filosofen doen dit ook. De uitkomsten zijn echter anders. Kunstenaars en filosofen creëren hiermee hun kapitaal, mensen met een psychose belanden veelal in een GGZ instelling. Niet in de laatste plaats omdat de controle over het denken bij psychotici niet meer aanwezig zou zijn. Kusters bestrijdt dit aan de hand van een aantal kenmerken en zijn eigen ervaring. Wel stelt hij vast dat mensen met een psychose minder controle over zichzelf hebben en daardoor grilliger en minder voorspelbaar zijn. Dat dit ook zijn aantrekkelijke kanten heeft wordt duidelijk in het hoofdstuk Extase en experiment. 'Conventies reguleren en structureren de manier waarop we de wereld zien en met elkaar omgaan. Wie conventies niet erkent, komt op den duur terecht in een ongestructureerde wereld. De dingen worden niet langer op hun plaats gehouden door schema's en conventies. Er ontstaat een gevoel van beweeglijkheid, onbeperkte vrijheid, en een grenzeloze wereld. Als er geen regels meer zijn, vloeit alles in elkaar over. Dit is een toestand van uitzinnigheid en 'buiten-jezelf-zijn' (Kusters, 2004: 49). Maar ook een toestand waarin het streven is om te genieten van het moment. Dit kennen we ook als we luisteren naar een prachtig concert, een aansprekende en goed uitgevoerde balletvoorstelling, een wandeling aan zee of vanuit spirituele ervaringen. Het moment, het leven in het hier en nu, zonder verleden of toekomst, is allesbepalend en veroorzaakt zowel ontredde als opwindende dynamiek. Een voorbeeld hiervan is als de auteur beschrijft hoe een persoon die psychotisch is associeert en niet gehinderd wordt door 'statische tijd'. Wanneer de psychotie een CD van € 19.45 ziet, is er voor hem een aanwijsbaar verband tussen die CD en de Tweede Wereldoorlog. Het heden en het verleden vloeien samen, tijd is een relatief begrip.

In de verschillende hoofdstukken wordt de theoretische zoektocht persoonlijk ingekleurd via de herinneringen van Kusters aan de periode dat hij opgenomen was vanwege een psychose. Deze beschrijvingen zijn niet alleen illustratief maar vooral verhelderend. Zo wordt begrijpelijk dat de intensiteit van het gevoel, en een onophoudelijke creatieve gedachtestroom (omschreven als momenten van extase) ook een geweldige ervaring kan zijn. Soms wordt een dergelijke ervaring bruut in de kiem gesmoord door mensen die weten wat wel en niet goed is voor de psychotische patiënt (hulpverleners in instellingen). Interpretaties van het gedrag van Kusters door verplegend personeel via de rapportages, worden ook weergegeven in het boek. Dit verschil in interpretaties wordt begrijpelijk omdat de auteur ook aangeeft dat mensen die een psychose doormaken vaste betekenissen van woorden en ingesleten metaforen en zegswijzen aangrijpen voor nieuwe gedachten en nieuwe taal. Die gedachten en taalvondsten komen tot stand door associaties en vrij rondzwevende gedachtespinsels. De plek waar die nieuwe taal of gedachten vaak ontstaan is de isoleercel. 'In de cel zijn geen bekende voorwerpen uit het verleden; ze is leeg, kaal en 'prikkelarm'. In de isoleercel bevindt zich niets vertrouwd of geruststellends dat de psychotie in de vertrouwde, oude wereld zou kunnen houden. Zijn innerlijke motor van wanen kan daar op volle toeren en in vreemde banen draaien!' Kusters ervoer vreemdere gewaarwordingen in de isoleercel dan in zijn eigen vertrouwde

omgeving van thuis. Het urenlange gemis aan contact met mensen nodigde vooral uit om weg te zweven in eigen gedachtespinsels want er was niemand die hierover in gesprek ging met hem.

Het aangaan van een dialoog met mensen die psychotisch zijn is niet eenvoudig. Volgens Kusters moeten hulpverleners in de psychiatrie leren dat de persoon die psychotisch is, spreekt door middel van de psychose (dit is een feite een 'vreemde taal'). Verplegend personeel moet ophouden ervan uit te gaan dat ze weten wat de ander wil gaan zeggen. Maar ook dat het aangaan van een dialoog alleen kan, als gezocht wordt naar de context van waaruit iemand die psychotisch is, spreekt. Die context verschilt, die zoektocht is lastig, maar als de wil aanwezig is om te luisteren en te begrijpen dan kan een dialoog ontstaan.

De analyse van het schizofrenie begrip

Schizophrenia cannot be understood without understanding despair.
R. D. Laing

Rob Keukens, Hogeschool Arnhem en Nijmegen

Jan Dirk Blom, *Deconstructing Schizophrenia*, Boom Publishers Amsterdam (2004), 296 pages, ISBN: 90 5352 953 5

Inleiding

Schizofrenie, een ziekte waar ongeveer 3 miljoen Europeanen aan lijden, is een ernstige, vaak invaliderende psychiatrische ziekte die wordt gekenmerkt door ingrijpende afwijkingen in taal, denken, waarneming, emotie, gedrag en cognitie. Zoals bijvoorbeeld diabetes kan worden vastgesteld aan het te hoge bloedglucose gehalte is er geen doorslaggevend verschijnsel in het geval van schizofrenie. Er is geen symptoom dat typerend is voor schizofrenie en het ziektebeeld verschilt, soms indrukwekkend, per patiënt. Schizofrenie veroorzaakt niet alleen veel leed voor de patiënt en diens omgeving, de maatschappelijke en economische gevolgen zijn eveneens immens. Vandaar dat talloze wetenschappers op de wereld naarstig bezig zijn om de vele raadsels die de stoornis omgeven op te lossen. Maar ondanks dat er jaarlijks wereldwijd ongeveer tweeduizend publicaties met betrekking tot schizofrenie in de wetenschappelijke pers verschijnen, lijkt er in fundamentele zin weinig vooruitgang geboekt te worden. Op basis van de talloze onderzoeken wordt weliswaar betere medicatie met minder bijwerkingen ontwikkeld en worden onder meer door verpleegkundigen nieuwe psychologische benaderingen toegepast, hetgeen ontegenzeggelijk de kwaliteit van leven van de patiënten verhoogt, maar wat de oorzaak van schizofrenie werkelijk betreft tast men nog net zo in het duister als decennia terug.

Onder andere de vraag waarom research inzake schizofrenie een doodlopende weg lijkt te zijn ingeslagen wordt behandeld in het proefschrift van de Nederlandse psychiater Jan Dirk Blom. Van zijn proefschrift is een Engelstalige handelseditie verschenen. Blom valt meteen met de deur in huis. 'Schizophrenia' zo constateert hij direct en zonder omwegen in de inleiding, 'is a hypothetical construct with zero validity'. Hij verwijst daarmee naar het meest gebruikte schizofrenie concept zoals beschreven in het door de American Psychiatric Association ontwikkelde Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (APA 2000). Volgens Blom heeft dit construct met haar definiërende kenmerken weliswaar praktische relevantie omdat het onder hulpverleners fungeert als lingua franca, maar beantwoordt het niet aan de gangbare wetenschappelijke criteria.

Daardoor doen er zich problemen voor op het gebied van empirisch onderzoek hetgeen op haar beurt weer de over het algemeen magere onderzoeksresultaten kan verklaren.

Bleuler, Kraepelin en de DSM

In zijn thesis analyseert Blom dit dominante schizofrenie construct (en twee van zijn voorlopers) om de vraag te beantwoorden welke de epistemische and non-epistemische waarden zijn die het huidige biomedische schizofrenie concept bepalen. Epistemologie, van het Griekse woord 'episteme' voor 'kennis', is de leer die de aard en de oorsprong van kennis duidelijk probeert te krijgen.

Het onderscheid tussen epistemische and non-epistemische waarden ontleent Blom aan het werk van de Canadeese filosoof en bioloog Michael Ruse.

Epistemische waarden volgens deze Canadees 'truth seeking values', presumed to promote the truth-like character of science' en worden onder meer gekenmerkt door interne en externe consistentie en validiteit.

Niet-epistemische waarden stammen eerder uit culturele bronnen en propageren niet noodzakelijkerwijs het zoeken naar waarheid. Daarmee is niet gezegd dat de non-epistemische benadering niet waardevol zou kunnen zijn. Een in beginsel onjuiste theorie, bijvoorbeeld de psychoanalyse, kan omdat er op creatieve wijze op wordt voortgeborduurd uiteindelijk toch een zekere mate van belang hebben. Zoals een in principe ondeugdelijke trap ons toch een verdieping hoger kan brengen. Dit blijkt ook uit de schizofrenie concepten van Kraepelin en Bleuler die Blom met behulp van het analyseschema van Ruse 'deconstrueert'. Beide opvattingen, die, zo toont Blom aan, voortleven in de DSM, zijn behoorlijk speculatief van aard en waren toentertijd weliswaar acceptabel op basis van een levensbeschouwelijke en culturele legitimatie maar werden niet gesteund door wetenschappelijke waarnemingen en zijn derhalve alles behalve valide te noemen. De idee van een voortschrijdende, genetisch geïnduceerde degeneratie in wisselwerking met immoreel en ongezond gedrag lag ten grondslag aan Kraepelin's schizofrenieconcept, de 'dementia praecox'. De echo van diens op de Judeo-Christelijke cultuur geënte opvatting met de nadruk op de in aanleg zondige mens weerklinkt in de DSM en in de verklarmodellen van hedendaagse onderzoekers zoals Nancy Andreasen. Alleen is daarbij de morele degeneratie geplaatst in momenteel acceptabelere, modernere kaders als bijvoorbeeld die van de evolutieleer. De (associatie)theorieën van de Zwitser Bleuler, die de term schizofrenie muntte, waren gebaseerd op de in zijn tijd gangbare psychodynamische inzichten van Freud en Jung maar hij liet zich ook inspireren door volstrekt onwetenschappelijke paranormale theorieën. Zo meende Bleuler dat een afgesplitst deel van de geest in contact zou kunnen staan met de occulte wereld (spiritisme). Ook van het schizofrenieconcept van Bleuler, wiens opvattingen met name in de Verenigde Staten wortel schoten terwijl die van Kraepelin de Europese psychiatrie beïnvloedden, zijn duidelijke restsporen terug te vinden in de DSM en wel in de vorm van de dissociatieve identiteitsstoornis.

De biomedische bewijsvoering

Het gebruik van het vigerende biomedische schizofrenieconcept uit de DSM wordt nogal eens gerechtvaardigd door te verwijzen naar de empirische bevindingen op het vlak van neurobiologisch onderzoek. Talloze claims, gebaseerd op onderzoeksresultaten verkregen via bijvoorbeeld Computer Tomography and Magnetic Resonance Imaging Studies geven nogal eens aanleiding tot optimisme met betrekking tot mogelijke behandelingen maar voegen vaak niet meer dan alleen maar nieuwe data toe aan de reeds bestaande, onsamenhangende berg gegevens. En dit terwijl er geen geschikte theorie is om dergelijke resultaten van onderzoek aan op te hangen.

Indrukwekkend is de door Blom gememoreerde meta-analyse (Heinrichs 2001) van onderzoeken die plaats vonden tussen 1980 en 2000 waarbij personen met schizofrenie en normale proefpersonen met elkaar zijn vergeleken.

Heinrichs ging na wat de effectgrootte was van alle onderzochte variabelen, zoals bijvoorbeeld het volume van specifieke hersenstructuren, genetische aspecten of cognitieve functiestoornissen. De effectgrootte is een statische maat die een indicatie geeft van de grootte van het gevonden verschil. Heinrichs vond dat er een grote overlap bestond tussen de onderzoeksgroepen patiënten en de controlegroepen van niet-patiënten. De effectgrootte was het grootst bij de cognitieve stoornissen, door velen in navolging van Bleuler gezien als de kern van de schizofrenie. Maar zelfs hier is er sprake van een overlap van 45% tussen patiënten en normale proefpersonen. Dat wil dus zeggen dat in veel gevallen specifieke anomalieën zowel gevonden zijn bij mensen met schizofrenie als bij normale proefpersonen waarmee ze dus niet discriminerend of kenmerkend voor de stoornis genoemd kunnen worden. Voor andere dan cognitieve stoornissen bleek de overlap nog groter te zijn. Recent Nederlands onderzoek (Holthausen 2004) vindt overigens eveneens geen bevestiging voor de theorie dat cognitieve functiestoornissen centraal staan bij de ontwikkeling van schizofrenie. Generaliseren over het (cognitief) functioneren van mensen met schizofrenie, bijvoorbeeld in het kader van psycho-educatie is contraproductief. Therapeuten en verpleegkundigen doen er goed aan om zorg op maat te bieden, gebaseerd op individuele testresultaten. Kortom, Blom stelt dat 'on the basis of Heinrichs' work we may cautiously conclude that contemporary neuroscience research fails to provide persuasive means of validation of the schizophrenia concept'.

Hoe verder?

Kritiek op de DSM in het algemeen of het schizofrenieconcept in het bijzonder is niet nieuw. (Kutchins & Kirk 1997, Ross en Pam 1995). Ook Green (2001) wijst op de tekortkomingen van het schizofrenieconcept als hij constateert dat de technologische vooruitgang in de genetica de conceptuele vooruitgang met betrekking tot schizofrenie is voorbijgestreefd en dat wat hem betreft de oplossing er misschien in ligt als we de klinische stoornis laten voor wat die is en een nieuw fenotype kiezen dat nauwer is verbonden met het genotype. Kortom, zoals de stand van zaken nu is lijkt het er sterk op dat het huidige schizofrenieconcept het onderzoek eerder belemmert dan dat het perspectief biedt op een fundamentele doorbraak. Het vigerende biomedische schizofrenieconcept dat, zoals Blom laat zien in zijn nauwgezette analyse, sterk leunt op inzichten uit de negentiende eeuw, lijkt niet zozeer de werkelijkheid te beschrijven als wel haar voor te schrijven. Er is een situatie ontstaan waarin we vruchteloos proberen de stroom van nieuwe gegevens in de mal van het schizofrenieconcept te persen. Blom stelt op basis van zijn bevindingen voor om de mal zelf ter discussie te stellen. Deze Procrustes benadering kan volgens Blom vervangen worden door een deconstructieve aanpak waarbij onderzoekers zich gaan richten op deelsymptomen van de schizofrenie. Een andere oplossing is dat men opteert voor een radicale aanpak waarbij het huidige schizofreniebegrip overboord wordt gegooid omdat het geen zinvolle leidraad voor wetenschappelijk onderzoek lijkt te zijn. Voortgaan op de ooit ingeslagen weg, een traject dat is gecumuleerd in het huidige schizofrenieconcept uit de DSM, laat ons met de fundamentele vraag zitten wat schizofrenie nu eigenlijk is. Bovendien, zo lang deze essentiële vragen onbeantwoord zijn doen we er goed aan ten opzichte van onze patiënten bescheiden te zijn.

Praktische gevolgen

Wat betekenen de opvattingen van Blom nog meer voor met name de praktijk van de (sociaal) psychiatrisch verpleegkundigen? Hem daarna gevraagd antwoordt hij dat de direct praktische gevolgen van zijn visie op schizofrenie voor het werk van (psychiatrisch) verpleegkundigen waarschijnlijk niet spectaculair zullen zijn. Als het goed is wordt aan individuele patiënten al zoveel mogelijk 'zorg op maat' gegeven, gericht op de specifieke klachten van het individu in kwestie.

Mijn visie benadrukt hoogstens het belang om hiermee door te gaan en ons niet te laten verleiden tot het bouwen van theoretische luchtkastelen.

Op de vraag hoe een hulpverlener de diagnose schizofrenie nog kan legitimeren ten opzichte van de cliënt, zeker als die patiënt ook het boek heeft gelezen en de psychiater confronteert met de vaststelling dat schizofrenie een in-valide hypotetisch construct is, regaeert Blom door te zeggen dat de diagnose schizofrenie is te legitimeren als een consensus-begrip. Er bestaan wel meer van dat soort begrippen (denk bijvoorbeeld aan 'intelligentie', 'zwaartekracht' en 'energie') die matig tot slecht zijn gevalideerd, maar die wel een functie hebben in ons denken en in onze onderlinge communicatie.

Zou u er voor pleiten de betrekkelijkheid van het concept schizofrenie onderdeel te maken van de psycho-educatie aan cliënten en familie? Ik denk dat patiënten en hun familieleden recht hebben op een zo genuanceerd mogelijk beeld van onze wetenschappelijke overwegingen. Dus ja. Maar hen nodeloos vermoeien met ingewikkelde conceptuele kwesties kan uiteraard niet de bedoeling zijn. In de praktijk leg ik meestal uit dat het begrip schizofrenie weliswaar niet zoveel zegt, maar dat de ervaring leert dat medicatiegebruik en psycho-educatie wel van belang zijn om de klachten terug te dringen.

Literatuur

- American Psychiatric Association (2000) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th edition. Washington DC
- Green M. (2001) Schizophrenia revealed - From neurons to social interactions. W.W. Norton & Company New York
- Heinrichs R. W. (2001) In search of madness. Schizophrenia and neuroscience. Oxford University Press
- Holthausen E. (2003) Cognition in recent onset schizophrenia. University Library Groningen
- Kutchins H. & Kirk S. A. (1997) Making us crazy. DSM: The psychiatric bible and the creation of mental disorders. The Free Press New York
- Ross C. & Pam A. Pseudoscience in biological psychiatry. Blaming the Body. John Wiley & Sons Inc.

Zorgboek Schizofrenie

Ivonne van der Padt

Coene, E.H. & S. Kollaard (eindred) *Zorgboek Schizofrenie*. Amsterdam: Stichting September, 2004. 236 pag. € 17,00 ISBN 90 72248 88 0

De Stichting September geeft boeken uit over chronische aandoeningen (zie www.boekenoverziekten.nl) en zijn bedoeld voor patiënten, hun naasten en hulpverleners. De boeken komen tot stand in nauw overleg met allerlei betrokken organisaties zoals, patiëntenverenigingen, beroepsorganisaties en deskundigen en met financiële steun van de farmacie.

Wat mij als eerste opvalt, is de tamelijk drukke bladvulling van de eerste acht pagina's met allerlei bloemen. Dit oogt erg onrustig. Ik vraag me af waarom hiervoor gekozen is, vooral als ik me voorstel dat ik misschien iemand ben die last heeft van psychoses en snel wordt afgeleid. De bloemen verdwijnen vanaf pagina 9, maar het blijft onrustig met allerlei verschillende lettertypes, grijze kaders en herhalingen. De opzet doet erg denken aan sommige leerboeken in het onderwijs. Er staat veel tekst op verschillende manieren op een pagina. Een samenvatting, vervolgens een wat uitgebreidere behandeling van het thema, in de kant nog eens kort de belangrijkste informatie, én verwijzingen naar andere hoofdstukken met uitgebreidere informatie over een bepaald onderwerp (dat is handig maar leidt de aandacht af).

In het zorgboek is allerlei informatie gebundeld waar je mee te maken kunt krijgen als je zelf (of een naaste) veelvuldig last hebt van psychoses. Het lijkt nog het meest op een soort wegwijzer om je te helpen op het pad te blijven waarvan de vele organisaties die hebben meegewerkt aan dit boek, menen dat dit de juiste weg is. Omdat in dit nummer van SP verschillende boeken rond het thema psychose of schizofrenie behandeld worden valt het des te meer op dat de benadering en behandeling van schizofrenie, in dit zorgboek, tamelijk conventioneel is. In hoofdstuk 1 Leven met schizofrenie wordt de belangrijkste informatie op een rijtje gezet. Hoewel gewag wordt gemaakt van het feit dat de symptomen niet uitsluitend voorkomen bij schizofrenie, wordt toch gesteld dat het patroon van verschijnselen betekent dat je schizofrenie hebt. Het wordt ook duidelijk uit de beschrijving en de grijze kaders dat het niet meer over gaat en dat je kwetsbaar blijft. In hoofdstuk 2 Je psychose bestrijden wordt uiteengezet wat de beste remedie is: medicatie gebruiken. Opvallend is dat hier wel vijf paragrafen aan besteed worden en dat het even duurt voordat wordt vermeld dat de medicatie niet zorgt voor genezing maar de symptomen dempt. Benadrukt wordt dat het belangrijk is om in zorg te komen en te blijven en behandeld te worden met medicatie door een psychiater. In hoofdstuk 3 Herstel en evenwicht wordt een toekomstplan gemaakt waarbij samenwerken, wonen en dagbesteding centraal staan. Een groot gemis in dit hoofdstuk is de aandacht voor behandeling. Pas in hoofdstuk 5 wordt bij bijzondere onderwerpen aandacht besteed aan de cognitieve gedragstherapie. Werken aan herstel vanuit de visie van het cliëntperspectief krijgt nauwelijks aandacht. Wel wordt regelmatig melding gemaakt over wat te doen als het weer 'mis' gaat. Niet bepaald opbeurend terwijl dat zeker kan. De beschrijving van Boevink in 'Het vernieuwingsgehalte van de Nederlandse psychiatrie. Een visie vanuit cliëntenperspectief'. Zesde Deviant-debat, 11 april 2003 in De Rode Hoed in Amsterdam is heel wat hoopgevender. Als cliënten de gelegenheid krijgen uit hun patiëntrol te stappen worden ze zich bewust van wat zij doen om zichzelf te helpen, leren ze kritisch te reflecteren op het aandeel van professionals in hun herstelproces en verwerven zij al doende een schat aan ervaringskennis. Belangrijk is om de diagnose, prognose en bijbehorende voorschriften uit hun zelfbeeld, denken en doen te verwijderen zonder daarbij de realiteit van psychisch lijden te ontkennen. Hun stoornisidentiteit wordt ingeruild voor een zelfgekozen identiteit, voor een verhaal in eigen taal en zelfgekozen strategieën om de blijvende kwetsbaarheden hanteerbaar te maken en te houden. De veelgehoorde kritiek op het herstelinitiatief van Boevink is vaak, dat het slechts voor een kleine 'elitegroep' van chronisch psychiatrische patiënten geschikt zou zijn. Dat de typische 'chronische patiënten' geen baat zou hebben bij een dergelijk initiatief en als dit wel het geval is, ze niet voldoen aan de criteria van de typische chronische patiënt. "Dat doet me sterk denken aan de manier waarop in de geschiedenis van de psychiatrie keer op keer wordt gezocht naar bewijzen voor het bestaan en het desastreuze verloop van de ziekte schizofrenie. Elke schizofrene patiënt die zich spontaan herstelt, vormt voor die bewijslast een bedreiging en moet dus om te beginnen al een misdiagnose zijn geweest."

Informatie over dergelijke initiatieven en ontwikkelingen in de zorg mogen m.i. niet ontbreken in een zorgboek Schizofrenie. Het conventionele beleid zoals in de praktijk gangbaar is wordt duidelijk uiteengezet van aanmelding tot opname, van crisis tot rehabilitatie, in samenwerking met en zonder familieleden, maar bijna altijd met hulpverleners. Opvallend is de rol van de GGZ hierbij en dan vooral die van de psychiater. Patiënten en hun familieleden, kunnen met allerlei vragen bij de psychiater terecht. Psycho-educatie wordt in dit zorgboek voornamelijk door de psychiater gegeven. Zaken die op klinische afdelingen door GGZ verpleegkundigen, en in de ambulante praktijk vooral door SPV-en, worden behartigd.

De veelheid aan informatie waar cliënten en hun naasten mee te maken kunnen krijgen is overzichtelijk bij elkaar verzameld in dit boek. Er staan allerlei adressen in en ook voor juridische informatie kan men er terecht.

Hoewel ik zeker het belang inziet van de rol van medicatie bij terugkerende psychosen vind ik de aandacht hiervoor in bijna alle paragrafen wel erg overdadig. Hoe moet dit dan zijn als je zelf telkens terugkerende psychosen hebt en het liefst zo snel mogelijk van de medicatie af wilt en dit zorgboek leest? Het lijkt me dan ook zeer toepasselijk om met een opmerking van Kusters te besluiten: "Hoewel het bizarre en grillige van de psychose inderdaad lijkt op een droom is het verschil tussen beide dat een dromer in zijn eentje droomt en de psychoot in een wereld met anderen leeft. Door een psychose een droom te noemen, wordt tussen de zogenaamde droomwereld van de psychoot en de normale wereld een muur van neurotransmitters opgetrokken die slechts met medicijnen te doorbreken lijkt te zijn" (Kusters, 2004: 102).

Diagnostische classificatie van psychische en ontwikkelingsstoornissen bij infants

Peter Braem

Visser J.C. (vert.), *DC: 0-3 Diagnostische classificatie van psychische en ontwikkelingsstoornissen bij infants*. Assen: Van Gorcum, 2005. 132 pag. € 24,90 ISBN 90 232 4057 X

De Diagnostische Classificatie: 0-3 is opgezet vanuit de behoefte een classificatiesysteem te ontwikkelen voor het betrekkelijk nieuwe terrein van psychische stoornissen en ontwikkelingsstoornissen bij jonge kinderen tot vier jaar. Het initiatief hiertoe is destijds genomen door de werkgroep Zero to Three: National Center for Infants, Toddlers, and Families. Het is ontwikkeld als aanvulling op de DSM IV en is nog steeds in ontwikkeling. Voor het eerst verscheen het in 1994 en is nu, ruim tien jaar later, vertaald in het Nederlands.

De Diagnostische Classificatie: 0-3 is, evenals de DSM IV, een vijf-assig classificatiesysteem. Het diagnostische raamwerk bestaat uit:

As I: Primaire diagnose van het kind.

As II: Ouder-kind relatiestoornissen.

As III: Stoornissen of aandoeningen op lichamelijk, neurologisch, psychiatrisch en ontwikkelingsgebied (zoals beschreven in andere classificatiesystemen).

As IV: Psychosociale stressfactoren.

As V: Functioneel Emotioneel Ontwikkelingsniveau.

Er zijn een tweetal experimentele diagnoses in de DC:0-3 opgenomen: de regulatiestoornissen en de multisysteem ontwikkelingsstoornissen. Kenmerkend voor regulatiestoornissen zijn de problemen met de regulatie van gedrag, van aandacht (ADHD) en van processen van fysiologische, sensorische, motorische en emotionele aard. Verder problemen met het bereiken van een kalme, alerte of emotioneel positieve toestand. Kenmerkend voor de multisysteem ontwikkelingsstoornissen zijn relatie-, communicatie- en verwerkingsproblemen.

In het boek zijn zeventien gevalsbeschrijvingen opgenomen. Op elke gevalsbeschrijving volgt een discussie, bespreking van de gekozen interventie en een diagnostische impressie (over de vijf assen). De besproken casuïstiek verheldert de toepassing van het classificatiesysteem.

De DC: 0-3 is bedoeld voor specialisten in de jeugdzorg en kinderpsychiatrie. Gebruik ervan vereist veel ervaring. De criteria laten ruimte voor interpretatieverschillen. Wanneer is er bijvoorbeeld sprake van excessieve angst of wanneer is een probleem 'ernstig'?

Ik kan mij voorstellen dat in een tijd waarin er veel aandacht voor Jeugdzorg is, er behoefte is aan meer uniforme classificatie van stoornissen. Zeker voor wat betreft de problematiek die heerst tussen de kinderen en hun verzorgers. De hoop daarbij is, dat problematiek eerder wordt onderkend, zodat op tijd kan worden ingegrepen. Of de DC:0-3, voor wat betreft de allerkleinste patientjes, in deze behoefte kan voorzien zal moeten blijken.