

---

# LITERATUURBESPREKING

## Zorgboek Manisch – depressieve stoornis

**Peter Braem**

Coene, E.H., Kok, S., Kollaard, S. (eindredactie) *Zorgboek Manisch – depressieve stoornis*, Stichting September, druk: GM Groep, Meppel. Aantal pagina's: 224, ISBN 90-8648-001-2, EUR 17,50, alleen via website 'www.boekenoverzichten.nl' of apotheek

Het 'Zorgboek Manisch-depressieve stoornis' is gemaakt voor mensen met een manisch depressieve stoornis en hun naasten (er is door de auteurs gekozen om te spreken van 'manische depressie', in plaats van bipolaire stoornis). Het geeft op bijzonder begrijpelijke wijze informatie over de manisch-depressieve stoornis en de gevolgen ervan voor het dagelijkse leven van de patiënt en dat van de mensen in zijn of haar directe omgeving. Ook zijn er in het zorgboek allerlei tips en adviezen opgenomen, bedoeld om de ziekte een plaats te geven in het leven.

Het boek munt werkelijk uit door volledigheid. De meeste denkbare aspecten van manisch-depressiviteit worden behandeld. Uitgebreide informatie over manisch-depressiviteit, de diagnose en behandeling worden afgewisseld met lastige onderwerpen als seksualiteit, kinderwens/zwangerschap en zelfdoding. Verder komen maatschappelijke aspecten als ziektekosten, ziekteverzuim en patiëntenrecht aan bod. Ook adressenlijsten met 'organisaties die u kunnen steunen' en diverse internetadressen zijn opgenomen. Met recht stellen de auteurs dat 'Zorgboek Manisch-depressieve stoornis' een vraagbaak is. Niet onvermeld mag blijven dat het boek op een prachtige wijze is opgemaakt, hetgeen de leesbaarheid zeer ten goede komt.

Stichting September, die het 'Zorgboek Manisch-depressieve stoornis' uitgeeft, maakt patiëntenvoorlichtingsmateriaal over chronische aandoeningen: zorgboeken, cd-rom's en websites. Momenteel zijn er ongeveer 40 uitgaven (cd-roms en boeken) te verkrijgen over uiteenlopende onderwerpen, van rugpijn tot schizofrenie. Deze uitgaven komen tot stand in samenwerking met de gehele Nederlandse gezondheidszorg. In het geval van het 'Zorgboek manisch-depressieve stoornis' de Vereniging voor Manisch-Depressieven en Betrokkenen, GGZ Nederland, Nederlands Vereniging voor Psychotherapie, NVSPV, Wetenschappelijk Instituut Nederlandse Apothekers en vele anderen. De boeken worden alleen verkocht in de openbare apotheek en via de website van Stichting September.

Voor (sociaal psychiatrisch) verpleegkundigen is het 'Zorgboek Manisch-depressieve stoornis' naar mijn idee een waardevol en behulpzaam boek. Naast de hoeveelheid informatie is ook de wijze waarop die wordt gepresenteerd bijzonder. De schrijvers richten zich in hun taalgebruik rechtstreeks tot de lezer. De teksten zijn derhalve te lezen door de ogen van een hulpverlener die het woord tot de patiënt of zijn familie richt. Hierdoor krijgt je als hulpverlener voorgedaan hoe je bepaalde informatie aan de patiënt kunt overdragen. Het Zorgboek levert zodoende een bijdrage aan de vorming van een goede attitude. Als alle boeken van Stichting September zijn zo als deze, zou ik ze van harte willen aanbevelen om op te nemen in het rijtje verpleegkundige leerboeken. Om dan maar te beginnen met het 'Zorgboek 'Manisch-depressieve stoornis'.

# “Weg van de professionalisering”

**Gerard Lohuis**

Hutschemaekers, G., Tiemens B., Smit A., *“Weg van de professionalisering”*,  
Uitgeverij: De Gelderse Roos Wolfheze 2006 pag. 148 ISBN 978-90-807106-2-7

In de afgelopen jaren is er in toenemende mate een beroep gedaan op de geestelijke gezondheidszorg. Waar eens andere zuilen de mensen richting gaven in hun leven en er voor zorgden dat ze ergens bij hoorden, denk aan de kerk en politieke partijen, daar lijkt de GGz meer en meer die functie overgenomen te hebben. Het heeft er mede toe geleid dat in de GGz vanuit een interventieparadigma en bijbehorend kwaliteitsdenken allerlei programma's en richtlijnen zijn ontwikkeld. Door specialisatie is meer kennis ontwikkeld en zijn er evidence based programma's samengesteld. Dat is de winst van de ontwikkeling. Hoe is het dan mogelijk dat de tevredenheid bij cliënten niet rechtsevenredig is toegenomen; sterker nog, de ontevredenheid bij cliënten is alsmaar toegenomen. Je zou kunnen zeggen dat de GGz in een spagaat is beland doordat er in toenemende mate een beroep op wordt gedaan en tegelijkertijd een vergaande specialisatie heeft plaatsgevonden. Dat laatste vraagt om tijdrovende diagnostiek vanuit een multidisciplinaire aanpak. Bij beperkte toename van financiële middelen, of zelfs inkrimping, is de verlamming nabij en de spagaat ontstaan. De auteurs van dit boek proberen vanuit andere paradigma's te komen tot een reorganisatie en een andere methodische aanpak binnen de GGz. Er wordt onderbouwd en uitgelegd dat het beroep op de gespecialiseerde GGz onnodig hoog is. Meer cliënten kunnen toe met minder intensievere of gespecialiseerde hulp. Sterker nog, door de zorg zo specialistisch aan te bieden, ontnemt het de cliënt z'n eigen verantwoordelijkheid door er een ziekte op te plakken. Dalrymple, de Engelse psychiater, betoogt min of meer hetzelfde vanuit zijn sociale visie op verslaving en psychiatrische ziektes. De GGz wordt de probleemeigenaar in plaats van de cliënt.

Hierdoor worden kwaliteiten en kennis van de cliënt en diens omgeving (familie) onvoldoende benut om een bijdrage te leveren aan het herstelproces. Ook andere maatschappelijke instellingen kunnen een bijdrage leveren waarbij vooral weer gekeken wordt naar de huisarts. Deze lijkt de poortwachterfunctie over gedragen te hebben aan de GGz, terwijl hij juist als generalist met eenvoudige methoden meer winst zou kunnen boeken. In het boek wordt beschreven hoe iemand depressieve klachten heeft naar aanleiding van een ingrijpende levensgebeurtenis en vrijwel meteen wordt doorverwezen naar de GGz. Terwijl de richtlijnen voorschrijven dat iemand kans moet krijgen, twee maanden, eerst zelf de problemen te verwerken. De huisarts leeft in de veronderstelling, wellicht aangemoedigd door de eis van de cliënt om verwezen te worden, dat specialistisch ingestelde professionals het beter zullen doen.

Het boek beschrijft een methode waarbij men uitgaat van een getrapte vorm van diagnostiek waarbij met name de ervaren hulpverlener zich opstelt als een reflectieve professional. "Niet alleen deskundig beoordelen, advies en kundige toepassing van interventies, maar ook het verleiden van de cliënt om zelf regisseur te worden"(p.129) is een belangrijk aspect van deze methode. De reflectieve professional creëert in de behandeling ruimte voor de cliënt door een narratieve reflectie te hanteren. De betekenis die de cliënt zelf aan z'n problemen toedicht en de manier waarop de cliënt z'n problemen ervaart bieden aanknopingspunten voor interventies die over het algemeen minder specialistisch zijn dan nu in de behandeling het geval is. Hierdoor wordt de cliënt meer aangesproken op zijn probleemeigenaarschap om daar dan ook de verantwoordelijkheid voor te nemen. Binnen de OGGz is deze opvatting al jaren

het leidende principe waarbij vanuit presentie en narratief handelen de cliënt gemotiveerd wordt om zelf aan de slag te gaan.

De visie van getrapte zorg gaat uit van stepped care. In de eerste fase gaat de hulpverlener uit van 'remoralisatie': het bieden van hoop en het herstel van vertrouwen in eigen kunnen. Hierdoor wordt het subjectieve welbevinden verhoogd door uit te leggen dat sommige reacties op ernstige gebeurtenissen normaal zijn en er tijd nodig is om het zelf te verwerken. Denk hierbij aan de wetenschap dat depressies voor een deel ook overgaan zonder dat er behandeld wordt.

De tweede fase is de 'remediatie': faciliteren en mobiliseren van eigen vaardigheden of aanleren van effectieve vaardigheden. In de derde fase, de 'rehabilitatiefase', worden hinderlijke patronen zoals persoonlijkheidseigenschappen 'aangepakt' via inzicht (psychotherapeutisch) of door herstel of verbetering van het dagelijkse functioneren. De vierde fase, 'de transmurale fase', vraagt om uitgebreide diagnostiek vanuit verschillende invalshoeken en door verschillende professionals, waarna in de vijfde fase hoog gespecialiseerde kennis en behandeling wordt geboden.

Het boek eindigt met een pleidooi voor meer samenwerking door de GGz met andere maatschappelijke instellingen, hetgeen volledig congruent is met de getrapte visie en het niet uitgaan dat iedereen die problemen heeft, specialistische GGz-kennis behoeft. Daarbij wordt een lans gebroken voor een community health care of public health-model. Een ontwikkeling die door meerdere OGGz projecten inmiddels al in de praktijk wordt uitgevoerd.

Het boek is door de Gelderse Roos en de leerstoel professionalisering van de GGz uitgegeven ter gelegenheid van het eerste lustrum van de leerstoel. Het biedt meer dan een zinvolle reflectie op de stand van zaken in de GGz; het biedt een goede onderbouwing en praktische handvatten om de GGz een duw in een nieuwe richting te geven om haar voortbestaan te rechtvaardigen. Het sluit aan bij de SPV die in de 1e lijn, al dan niet in een huisartsenpraktijk, werkzaam is. Ook de OGGz-praktijken, die nu doorgaans onder regie van een GGd functioneren, werken volgens de eerste drie fasen zoals ze in de getrapte methodiek zijn beschreven. Tot tevredenheid van vele cliënten. Er is veel voor te zeggen om de OGGz en eerstelijns hulp in elkaar te laten schuiven waarbij een public health (preventie) aanpak naadloos kan aansluiten!

---

## Uit de inrichting

### Ivonne van der Padt

Louter, M. (2005) *Uit de inrichting*. Vertelde verhalen over tachtig jaar inrichtingspsychiatrie in Nederland (1925-2005). Amsterdam: Candide/Wrede Veldt. ISBN: 90 75483 39 2. 184 blz., geïllustreerd, paperback €15,.

### Het gesproken woord als bron

Sociologen van de Chicago School (1910-1920) gebruikten in hun veldwerk levensverhalen om op die manier inzicht te verschaffen in processen van sociale desorganisatie in grote steden. De objecten van studie kregen een eigen stem. De Franse socioloog Daniel Bertaux ontwikkelde, iets meer dan een halve eeuw later, het biografisch onderzoek om een vollediger beeld van de werkelijkheid te krijgen. De levensverhalen werden in verband gebracht met historische 'regelmatigheden en veranderingen' en droegen op die manier bij tot een structurele analyse van de samenleving. Louter geeft de levensverhalen van verschillende mensen weer en probeert deze te verbinden met ontwikkelingen,

herhalingen en veranderingen in het instituut dat hij inrichtingspsychiatrie noemt. Zelf zegt hij dat hij de 'turbulente geschiedenis van de Nederlandse inrichtingspsychiatrie vertelt vanuit het perspectief van haar gebruikers'. De verhalen van deze gebruikers worden volgens Louter gevuld met 'gevoelens van frustratie, afhankelijkheid en onmondigheid die een opname in een psychiatrische inrichting nu eenmaal met zich meebrengt'.

De verhalen van Ans en Gert maken dit schrijnend duidelijk.

Ans was 16 (1949) toen ze werd opgenomen in Vught. Ze belandde in de isoleer, werd als proefkonijn gebruikt toen doktoren prille stappen zetten op weg naar beheersing van psychiatrische problemen met behulp van de farmacie, lag te rillen in het bad (met plank) na een aframmeling van een van de nonnen. Het ergst was de onvoorspelbaarheid. Als je om garen vroeg in de periode van opgelegd stilzwijgen kon je al in de isoleer belanden en je wist nooit wanneer je er weer uit mocht. In Wassenaar (1951), ook een nonnenklooster, was het al niet veel beter. In Wolfheze (1952) maakte Ans kennis met de bezigheidstherapie maar ook hier was het willekeur en onvoorspelbaarheid troef. De elektroshocks werden niet alleen therapeutisch gebruikt maar ook als straf. De angst zat er goed in en het mag een wonder heten dat Ans die vijf jaren heeft overleefd en een eigen bestaan heeft opgebouwd. Bijna dertig jaar later kwam Ans wederom in aanraking met de psychiatrie. Ditmaal vanwege een psychose die zich, vijf jaar na het overlijden van haar zootje, ontwikkelde. Ans krijgt te maken met een andere psychiatrie, de tijden zijn veranderd. Ze moest praten en aan haar zelf werken, door na te denken over wat haar allemaal dwarszat. Het heeft Ans geholpen en ze heeft leren functioneren in de maatschappij. Hoe Ans dat 30 jaar lang deed voor deze opname, komen we niet te weten.

Na dit ingrijpende verhaal van Ans, dat eindigde in de jaren tachtig, keren we plotseling vier decennia terug, de jaren van opium, barbituraten, scopolamine, de braakspuit, insulinekuuren en ECT. Snel hierna, neemt Louter ons via het verhaal van Ad (1932) mee naar de jaren vijftig om spoedig toe te komen aan het tijdperk van de anti-psychiatrie. Ad hoorde pas later dat deze periode zo genoemd werd en typeert dit met of pillen, of praten. Omdat zij voor praten koos mocht zij voor haar astma aanvallen geen pillen slikken van Gert, haar therapeut. De afhankelijkheid en onmondigheid van Ad, blijkbaar noodzakelijk geacht door Gert, worden hier pijnlijk zichtbaar. Gelukkig leerde Ad ook dat ze haar woede en onvrede mocht uiten zonder hiervoor gestraft te worden. Dit hielp om voorgoed van haar woedeaanvallen af te komen. De angst bleef echter lange tijd, want ook in deze periode was het onvoorspelbaarheid en willekeur troef. Niet op de wijze zoals Ans die had ervaren maar door voortdurend onderworpen te worden aan tests die therapeutisch bedoeld waren maar waar het onmenselijke vanaf droop. Ad werd tijdens een uitstapje naar de stad vreselijk gepest en getreiterd door verpleegkundige Pietermel om 'het trauma eruit te halen'. Bram (een groepsgenoot) werd, psychotisch en wel, alleen met de metro naar huis gestuurd onder het mom 'dat er wel meer onzekere mensen in de metro zitten'. Pillen mocht hij toen natuurlijk niet slikken van Gert. Aan het slot van Ad's verhaal blijkt ook Gert een hulpverlener die met de tijd meegaat. Nadat ze in 1976 uit de groep stapte bleef ze 16 jaar lang individueel bij Gert komen. Hoewel hij lange tijd een verbod op medicatie had uitgevaardigd kreeg Ad uiteindelijk een anti-depressivum en Ritalin, ook wel 'pokkenzooi' genoemd. Ze mist de groep en haar therapeut, voelt zich eenzaam. Het leven buiten de psychiatrie is haar steeds meer gaan tengenvallen.

### **Sprongen in de tijd**

Van de Ritalin en Efexor maken we weer een sprong terug in de tijd; de ontdekking van de lergactil, lithium en tranquillizers eind jaren vijftig. De kans, volgens Louter, om pillen in te zetten in plaats van personeel vanwege de moeilijk

vervulbare vacatures. Een oplossing waarvan Louter meent dat die ook thans (de 21ste eeuw) wordt aangewend om te schipperen tussen behoeften van cliënten en het tekort aan personeel en middelen, in een op veiligheid en beheersing gerichte inrichtingscultuur. Louter maakt voortdurend sprongen in de tijd. Als lezer blader ik voortdurend heen en weer om na te gaan welke tijdspanne beschreven wordt. Zo pendel je heen en weer van de largactil, LSD naar de koolzuur eind jaren veertig. Deze historische ontwikkelingen in de psychiatrie zijn al lang bekend en veelvuldig opgetekend. Dat geldt ook voor de anti-psychiatrie die veel aandacht krijgt en waarover nog niet zolang geleden een heel proefschrift is verschenen. Hoezeer deze periode de auteur aan het hart ligt blijkt wel uit zijn opmerking dat hij niet begrijpt waarom ze zo snel verdwenen en vergeten is. Volgens hem zijn cliënten dit tijdperk zeker niet vergeten, 'velen van hen beschouwen het als de meest enerverende tijd in hun leven'. Hoe deze opmerking verstaan moet worden, is niet helemaal duidelijk. Louter beweert dat nieuwkomers in het beroep niet beter weten dan dat schizofrenie altijd is beschouwd als hersenziekte. Daarmee doet hij onrecht aan, of toont hiermee dat hij niet op de hoogte is van, grote groepen hulpverleners die werken vanuit nieuwe inzichten over hulpverlening in de GGZ (omgaan met stemmen horen, rehabilitatie, empowerment en ervaringsdeskundigheid). Mogelijk komt dit door de geringe, aandacht voor de laatste twintig jaar van de inrichtingspsychiatrie, of omdat het focus van de auteur ergens anders lag. Zo krijgen we geen portret te lezen van een cliënt die recentelijk is opgenomen. Hoewel dat, gezien de opbouw en structuur van dit boek logisch was geweest, mis je dit niet echt. Dit heeft vooral te maken met de overweldigende egodocumenten die cliënten zelf schrijven. Een enorme ontwikkeling van de afgelopen twintig jaar waarover Louter nauwelijks rept.

De regelmaat uit het verleden die Louter kenschetst, is dat de inrichtingspsychiatrie nog immer wordt gebruikt om de orde te handhaven, dat er schaarste is aan middelen en mensen én dat er behoefte bestaat aan uitrust- c.q. vakantieoord. Dat aan deze wens, volgens de auteur, geen gehoor wordt gegeven, maakt hem niet blij. Dat nu, is bijzonder. Want wie wil er nu in een uitrustoord verblijven, waar hij/zij wordt geplaatst omdat de orde gehandhaafd moet worden, schaars personeel denkt dat schizofrenie alleen een hersenziekte is waar met kilo's pillen de veiligheid en inrichtingscultuur kan worden beheerst? Als we de tachtig jaar inrichtingspsychiatrie, volgens Louter, nagaan dan heeft de creativiteit die daarin naar voren komt cliënten vooral heel veel akeligheid bezorgd. Laten we dus heel voorzichtig zijn en de goede aspecten van communicatie met cliënten uit het antipsychiatrie tijdperk meenemen en de valkuil van rücksichtsloze experimenten (onder het mom van professioneel beleid) vermijden. Want uit de verhalen van de cliënten blijkt duidelijk dat zij zelf ideeën en wensen genoeg hebben. Als we daar nu eens naar gaan luisteren!

---

0%, acht niet-drinkende alcoholisten vertellen hun verhaal

**Ivonne van der Padt**

Kisjes, H. (2006) *0%*. Acht niet-drinkende alcoholisten vertellen hun verhaal. Rotterdam: Trichis Publishing. ISBN 90 80548472/ISBN 978 90 80548473, paperback € 7.50.

Per jaar komt in Nederland ruim een miljoen mensen in de problemen door alcoholgebruik. Driehonderdvijftigduizend mensen gebruiken meer dan 12 consumpties per dag. De weg naar professionele hulp is lang, met veel omwegen en ontelbare hobbels. Dat komt in de eerste plaats omdat het besef dat drank

een probleem aan het worden is maar langzaam doordringt. Weten, erkennen en dus zeggen dat je alcoholist bent, is voor mensen die daarvoor opgenomen worden moeilijk om te zeggen. In SP 75 (april, 2005) verscheen het artikel Wat heeft je geholpen van Herm Kisjes. In feite is dit een samenvatting van het onlangs gepubliceerde boekje 0%. Kisjes interviewde vijftien mensen met een gemeenschappelijke achtergrond: herstellen van hun alcoholverslaving. In acht portretten laat hij mensen vertellen wat hun worsteling op weg naar herstel voor hen betekent. Jaap van Weeghel schrijft in de epiloog van het boek Herstel, empowerment en ervaringsdeskundigheid (red. W. Boevink, A. Plooi en S. van Rooijen, Amsterdam: SWP, 2006) dat een doorleefd herstelverhaal bij menig hulpverlener de vraag oproept 'hoe het anders kan'. Dit anders kunnen, zit hem in de erkenning dat de rol van de hulpverlener in termen van resultaatgerichte behandeling, veel minder groot is dan men aanvankelijk dacht (wellicht wenste). Als Kisjes de mensen aan het woord laat die ervaring hebben met de hulpverlening wordt dat ook duidelijk. De ervaringen zijn wisselend, maar de belangrijkste reden om te stoppen, had vaak niets met de hulpverlening te maken. Als het moment aanbreekt dat de angst voor de gevolgen van drankmisbruik groter wordt dan de wens om te drinken, vindt er nogal eens een omslag plaats, aldus Angeline. Die gevolgen liggen dan vaak in de relationele sfeer; het kwijtraken van partners, kinderen, vrienden, collegae. Maar ook huis, haard en werk staan op het spel. Contact met de AA en/of ervaringsdeskundigen is voor velen een belangrijke stap naar een ander leven. Daar begrijpt iedereen waar je het over hebt. Dat neemt niet weg dat het gevecht tegen de verslaving het leven blijft beheersen. Soms hebben hulpverleners een duwtje in de goede richting gegeven maar eenduidig zijn die ervaringen niet. Verbazingwekkend vind ik het nawoord van professor De Jong. In de laatste alinea spoort hij therapeuten aan 'patiënten hun verhaal te laten vertellen'. Die verhalen dienen om de therapeuten meer begrip te laten opbrengen voor de moeite die het patiënten kost om "het proces van genezen" vol te houden. Heeft De Jong de verhalen dan zelf niet gelezen? In een van de portretten zegt Louis letterlijk, "verslaving is een ziekte waarvan je kunt herstellen, maar niet van kunt genezen. Het moeilijkst is om een nuchter leven te leiden." Dat is ook de kern van alle portretten: leren leven met de ziekte betekent vooral een gevecht om de drank buiten de deur te houden en de dagelijkse uitdagingen de baas te worden. Dat lukt, tenslotte zijn niet-drinkende alcoholisten geportretteerd. Bijna allemaal zetten de geïnterviewden hun eigen ervaringen en kennis in om andere mensen met verslavingsproblemen op weg te helpen naar herstel. Maar genezen?