

## Het *Maandblad* in april

233

Gelukzoekers hebben ruime keus uit zelfhulpboeken – zie ook *Boeken* deze maand. *Ad Bergsma* constateert echter meerdere misverstanden over geluk: gaat het om individuele beleving, levensvaardigheid of deugdzaamheid? Om een emotie, stemming of kwaliteitsoordeel over je leven? Subtiele onderscheiden tussen beloftes en illusies van maakbaarheid.

Drugsgebruik maakt klinische afdelingen soms onleefbaar en patiënten onbehandelbaar. Gedwongen afkicken is controversieel en ineffectief. Een Limburgse instelling probeerde het toch, om de patiënten daarna met drang te motiveren om weer behandeling te accepteren. Ethisch en juridisch ingewikkeld, maar *Arnold van Elteren e.a.* claimen een aanvaardbare aanpak en bovendien enig succes. Legitimeren deze eerste resultaten de claim?

De ‘actievere therapie’ van begin vorige eeuw is een voorloper van de huidige presentie- en rehabilitatiebenaderingen. *Cecile aan de Stegge & Harry Oosterhuis* stuitten op een interessant artikel van de vergeten pionier August Stärcke. Zijn psychoanalytische ideeën verzachtten de behavioristische inslag van de therapie: opvoeding tot verantwoordelijkheidszin in plaats van dressuur. Met gevolgen voor de taken en opleiding van de verpleging.

Stärcke is een voorbeeld van iemand die ondanks belangwekkende ideeën in de marge belandde. *Lex van Bommel* bespreekt daarentegen twee Amerikaanse psychiaters die ondanks hun gevaarlijke opvattingen beroemd werden. Jarenlang onderwierpen zij onbelemmerd patiënten aan verschrikkelijke lichamelijke ingrepen, met vreselijke gevolgen. Historische voorbeelden van megalomane therapeutenkolder.

Na het zien van *My Queen Karo* constateert Rob Houtepen dat een kind dat opgroeit in verre van ideale omstandigheden, gelukkig altijd komt bovendrijven.

In *Brieven* opnieuw discussie over de Wet Verplichte GGZ en de jeugdzorg. Daarnaast de vraag of een crimineel met een psychiatrische stoornis (of patiënt die een delict begaat) thuishoort in de zorg of in detentie; en bezorgdheid dat IC psychiatrie een nieuw vuilnisvat wordt.

Vlamingen spreken van ‘ware feiten’. *Buiten de orde* lijkt dat pleonasme bruikbaar in de productie van empirische kennis. Er zijn tenslotte ook betwiste feiten. Het komt neer op consensus over feiten, zowel in de psychiatrie als de harde wetenschap.

**SONJA VAN 'T HOF**

# Brieven

## Dwang tot achter de eigen voordeur (8)

Reactie op de discussie (MGV 10-1/2) over F. Bos & M. Knuttel, 'Dwang tot achter de eigen voordeur' (MGV 09-12)

Onder de mijns inziens gekleurde titel van 'Dwang tot achter de eigen voordeur' startten Bos en Knuttel de discussie over het conceptwetsvoorstel Wet Verplichte GGZ. De reacties hierop van Tholen, Klijn en Huineman Lindt vragen mijns inziens op punten om repliek.

De Wvggz introduceert de 'zorg-machtiging' (ZM). In de Bopz machtigt de Rechterlijke Machtiging (RM) louter tot gedwongen opname en bepaalt deze niet wat er in die opname gebeurt. Gedwongen behandeling is een zaak tussen de behandelend psychiater en de patiënt. De laatste kan een (voorgenomen) besluit tot dwangbehandeling voorleggen aan de klachtcommissie (en eventueel later aan de rechter).

In de ZM gaat de rechter juist tevoren vastleggen tot welke verplichte GGZ de behandelaar bij deze patiënt in specifieke omstandigheden *gemachtigd* zal zijn. De behandelaar krijgt dus speelruimte van de rechter, maar wordt niet *verplicht* om

de gedwongen behandeling uit te voeren. Tholen vraagt zich af wat er gebeurt als de behandelaar de verplichte zorg geen goede zorg vindt. Het antwoord is: de behandelaar is vrij om er dan van af te zien.

Een transmurale ZM krijgt bijvoorbeeld als inhoud: patiënt *kan* gedurende een bepaalde tijd *worden verplicht* zijn medicatie/depot te nemen. Indien hij thuis verblijft, kan hij worden verplicht de deur open te doen voor huisbezoek en eventueel andere behandelingen te volgen. In diezelfde ZM staat dat wanneer een aanzienlijk risico op ernstige schade thuis niet kan worden afgewend, de behandelaar gemachtigd is om patiënt gedwongen op te nemen, waarbij de behandelaar *kan* besluiten tot bepaalde in de ZM omschreven medicatie of andere behandelingen.

Tholen stelt dat deze procedure in de praktijk weinig zal verschillen van de huidige praktijk rond de *voorwaardelijke machtiging* (VM). Ik ben het daar niet mee eens. Wanneer een patiënt de medicatie weigert die in het bij de VM behorende behandelplan is vastgelegd, weet de behandelaar dat een klinische opname *niet* direct zal kunnen leiden tot het onder dwang verstrekken van die medicatie. Daarom wordt nu ambulantly vaak eerst maar afgewacht tot er gevaar ontstaat. Vervolgens is voor de dwangmedicatie binnen dwangopname opnieuw 'gevaar' nodig. Deze systematiek leidt tot ambulantly afwachten en tot onnodig lange opnames en vaak onnodige terugval en risico's voor patiënten. De ZM

in de nieuwe wet biedt daarvoor een betere oplossing.

### Commissies zijn nodig

Tholen somt vele bezwaren tegen de regionale commissies op: bureaucratie, schending van privacy, te weinig deskundig of juist teveel zittend op de stoel van de behandelaar. Maar zonder commissies zal de kern van de nieuwe wet, de transmurale zorgmachtiging, niet tot stand kunnen komen. De ZM beschrijft straks de eventueel in te zetten verplichte GGZ in een langere transmurale episode. De rechter kan zo'n inhoudelijk stuk zelf niet samenstellen. Hij zal een *verzoek tot zorgmachtiging* voorgelegd krijgen en bezien of de voorgestelde interventies proportioneel, subsidiair en doelmatig zijn, gerelateerd aan de criteria voor verplichte GGZ.

De commissie zal dit verzoek indienen, na het horen van patiënt, behandelaar en familie. De commissie bouwt voort op de behandelaar, die een voorstel voor een behandelplan voorlegt, met daarin vermeld welke zorg *onder welke omstandigheden eventueel verplicht zal moeten worden opgelegd*. De patiënt kan daartegen bezwaar maken of andere voorstellen doen. De familie kan haar bijdrage leveren. De multidisciplinaire commissie zal zoeken naar overeenstemming of alternatieven voor verplichte zorg. Als de commissie denkt aan andere interventies, kan de behandelaar aangeven of hij daarmee kan werken.

De winst van deze procedure zal hopelijk zijn dat de patiënt en familie zich beter gehoord weten en dat partijen minder tegenover elkaar zullen staan. De resultaten van het onlangs afgeronde Project Commissies Verplichte GGZ geven

daarvoor hoopvolle aanwijzingen. (Vier commissies organiseerden hoorzittingen bij meer dan vijftig personen die in een Bopz-procedure verwickeld waren; op 3 februari jl. zijn de resultaten overhandigd aan de betrokken ministers). In de pilot bleek ook dat de commissies de gemiddelde tijd die het kost om een procedure te doorlopen niet verlengen, en dat verder leren met deze vorm van werken zinvol lijkt. Daarnaast worden de psychiaters verlost van de driedubbelrol die zij onder de Wet Bopz feitelijk spelen, te weten die van behandelend psychiater, getuige-deskundige en officier van justitie.

Klijn schetst de conceptwet als een opening naar bijna totalitaire toestanden. Ze spreekt over 'meer dwang bij onderzoek voorafgaand aan een eventuele ZM'. Er is echter slechts één wijziging ten opzichte van de Wet Bopz, namelijk de verplichting dat de onderzoekend psychiater *altijd* een verklaring aflegt – juist ook als hij geen gronden voor dwang ziet. Voor die verplichting is door de evaluatiecommissie gepleit, omdat de huidige gang van zaken niet transparant wordt geacht.

Daarnaast noemt Klijn 'het schadebegrip erg ruim'. Echter, de ministers hebben herhaaldelijk aangegeven dat dit begrip de jurisprudentie van het gevaarscriterium zal volgen en dat ze geen verruiming beogen.

Voorts stelt Klijn dat het begrip wilsonbekwaamheid ernstig wordt gemist in de nieuwe wet. Maar zij ziet art 2:1, lid 5 over het hoofd: bij ieder besluit tot verplichte GGZ is het *vereist* vast te stellen dat de betrokken patiënt niet tot redelijke beoordeling ter zake in staat is. Dit artikel dwingt de behandelaar om de oordeelsbe-

kwaamheid van de patiënt *per beslissing* te wegen. Dat voorkomt dat een patiënt voor langere tijd en op vele gebieden ‘algemeen oordeelsonbekwaam’ wordt verklaard.

Klijn zwijgt over de te verwachten praktijk in het ziekenhuis. Mijns inziens zullen de veranderingen daar wel meevallen. De huidige Bopz-zaken in het algemeen ziekenhuis betreffen vooral de Inbewaringstelling, waarin weinig zal veranderen. Zo zijn daar geen hoorzittingen van commissies aan de orde. Wel zal er iets (ten positieve) veranderen in het geval dat ernstige schade voor de fysieke gezondheid ontstaat als gevolg van de psychische stoornis (art. 3:2, lid 2). Dan kan ook verplichte zorg worden verleend om de fysieke gezondheid te stabiliseren of te herstellen. Dit biedt bij voorbeeld bij het acute delier, maar ook bij een chronische psychose die een maligniteit ontkent, een transparante mogelijkheid om de behandelaar binnen één wet via de rechter tot verplichte zorg te machtigen.

### **Meer aanvragen?**

Huineman Lindt (4) buigt zich over de praktische uitvoerbaarheid en kosten van de wet. Ze berekent jaarlijks 27.000 commissiezaken. Ze telt alle zaken rond de crisismaatregel daarbij, maar de commissies houden daar geen hoorzitting, dus dat scheelt 8.500 zaken. Zij denkt dat er door meer mogelijke aanvragers van een ZM en door de beoordeling van dwangbehandelingen 10.000 zaken bijkomen. Echter, meer aanvragers zullen niet vanzelfsprekend leiden tot enorme groei. En de door haar extra berekende zaken over de beoordeling van dwangbehandeling komen in de Wvz al aan de orde bij de

behandeling van de ZM. Die ZM gaat niet alleen over dwangopname maar ook over eventuele dwangbehandeling. Zo blijven er van haar schatting van 27.000 extra zaken volgens mij minder dan 10.000 over. Ik schat het nog lager, omdat op dit moment veel patiënten jaarlijks meerdere Bopz-machtigingen verbruiken. Dat kan veranderen bij de transmurale ZM.

Bij het wetsvoorstel komt een verplichte financiële effectrapportage: wat de administratieve en overige lasten van de uitvoering zullen zijn en welke baten daar tegenover staan. De kosten van de commissie zullen dan duidelijk worden. Hopelijk berekent men daarnaast de ‘inverdieneffecten’ ofwel de besparingen van een meer ambulante aanpak en van het bekorten van (soms onnodig lange) opnames. Het is duidelijk dat we in Nederland de volgende tien jaar niet aan de afbouw van bedden ontkomen. Daarbij is deze wet onmisbaar. Een ander inverdieneffect zal zijn dat de commissie de rechtbanken in belangrijke mate ontlast. De interne procedures worden voor de GGZ eenvoudiger dan in de huidige situatie, met vele verschillende soorten van RM en aanvraagprocedures. De meldingen naar de Inspectie van de gezondheidszorg veranderen. De klachtcommissies krijgen minder complexe zaken, omdat zij slechts hoeven te beoordelen of de behandelaar zich beweegt binnen de reeds door de rechter vastgestelde ruimte.

De behandelaars zullen op punten wel meer werk krijgen. Zij moeten een ‘zorgkaart’ invullen met de wensen van de patiënt over – eventueel gedwongen – behandeling, een (transmuraal) behandelplan opstellen en na afloop de uitvoe-

ring van de verplichte zorg evalueren (art. 8:12). Maar dat zijn kwaliteitsbevorderende aspecten van deze nieuwe wet. Als dit kan leiden tot een zorgvuldiger behandeling, gericht op het beter horen van en overleggen met de patiënt, met meer mogelijkheden tot maatschappelijke deelname, dan mag het voor mij wel iets meer kosten.

**J.R. VAN VELDHUIZEN**

Psychiater en adviseur, Groningen

## De Nederlandse jeugdzorg (3)

Reactie op J. Rietveld, 'De Nederlandse jeugdzorg: zorgenkind op weg naar volwassenheid?' (MGV 09-10), C. Rus 'Wie luistert naar het kind?' (MGV 09-12), J. Verbugt, 'De Nederlandse Jeugdzorg (1) en W. Janssen, 'De Nederlandse Jeugdzorg (2) (MGV 10-1/2)

Drie huidige dan wel ex-bestuurders in de jeugdzorg staan een verregaande stelselwijziging voor, als remedie tegen het huidige bureaucratische, klantvriendelijke en inefficiënte systeem. Maar Rus, uitvoerend professional, houdt op basis van casuïstiek bij kindermishandeling vooral een pleidooi voor kwaliteitsverbetering en professionalisering in plaats van stelselwijziging (op enkele aanpassingen na, onder andere in de huidige Wet op de Jeugdzorg). De denklijnen van de bestuurders vinden we ook terug in de recente standpunten van de betrokken branches (Mogroep en GGZ Nederland). Rus voegt

een belangrijke inhoudelijke invalshoek toe en ze relateert de stelselproblematiek. Wat is wijsheid?

### Laagdrempeligheid

Vroegtijdige signalering van in hun ontwikkeling bedreigde jeugd, met kindermishandeling als prioriteit nummer één, vereist in de eerste (en nulde) lijn een lage drempel. Dit geldt zowel voor de vrijwillige zorg (tevens vindplaats) als voor de onvrijwillige zorg. De vraag of beide functies gezamenlijk achter één voordeur of één organisatie thuishoren, dient gerefereerd te worden aan de inhoud van de functies. De doelgroep vraagt omwille van de complexiteit professionele en veelal multidisciplinaire diagnostiek en behandeling; bij de gedwongen zorg zijn dat ook de juridische disciplines.

Zet Jos Rietveld de juridische disciplines in de eerste lijn niet organisatorisch te veel op afstand van het vrijwillige behandelcircuit? Daardoor ontstaat weer drempelverhoging en onnodige bureaucratisering. Met hem en Rus onderschrijf ik de noodzaak tot meer samenhang tussen de juridische disciplines onderling, maar dan moeten deze functies wel opnieuw worden gedefinieerd en gepositioneerd, zowel ten opzichte van elkaar als ten opzichte van de vrijwillige toegang. Deze functies 'parkeren' in een apart compartiment doet te weinig recht aan de urgente hulpbehoefte van de doelgroep en aan de noodzaak tot multidisciplinaire samenwerking.

Planten Janssen en Verbugt het huidige model van het Bureau Jeugdzorg niet te gemakkelijk in de nieuw bedachte structuur in de eerste lijn: het Centrum voor Jeugd en Gezin, dat

ook nog niet uitgekristalliseerd is? Is een heroriëntatie op de rol van de Raad voor de Kinderbescherming in relatie tot de Jeugdbescherming niet op zijn plaats? En een heroriëntatie van de Jeugdbescherming zelf als het gaat om de vraag of een voogd niet primair belangenbehartiger moet zijn in plaats van behandelaar? Dient het Advies- en Meldpunt Kinder mishandeling (AMK) niet als echte poortwachter van de onvrijwillige zorg gepositioneerd te worden? Wat betekent dit alles voor de rol van de kinderrechter? Enzovoort. Ook bij deze vragen mis ik reflectie op de inhoud van en de samenhang tussen de functies in het vrijwillige en onvrijwillige deel van het eerstelijns jeugdzorgcircuit. Net als Janssen onderschrijf ik de noodzaak van GGZ-expertise in de eerste lijn, maar niet zonder herdefiniëring van het juridische ‘smaldeel’ daarin.

Rus maakt in haar artikel nog eens pijnlijk duidelijk dat het schort aan professionaliteit en aan de inrichting van het systeem, dat diezelfde professionaliteit frustreert. Zij wijst echter stelselherziening te gemakkelijk af als instrument om het systeem te corrigeren. Professionalisering op de werkvloer alleen lost de disfunctionaliteit van de (sub) systemen apart en gezamenlijk niet op. Systeemverbetering en professionalisering sluiten elkaar niet uit; zij vullen elkaar aan en zijn beide nodig.

### **Curatie is preventie**

Een evenwichtig, multidisciplinair toegangs-, verblijfs- en behandelcircuit in de jeugdzorg opbouwen is geen sinecure, zoals de ervaring leert. Belangrijke bran-

ches bepleiten een verregaande stelselvereenvoudiging en achten die mogelijk, zij het met accentverschillen; de sectoren van de licht verstandelijk gehandicapten en de juridische jeugdinrichtingen hebben zich overigens nog niet uitgesproken. De overheid dient nu als eerste over haar eigen schotten heen te springen en vereenvoudiging na te streven. De betrokken branches en ministeries dienen gezamenlijk op te trekken.

De verschillen in of onduidelijkheden over de inrichting van het zorgaanbod lijken zich toe te spitsen op de *toegang*. Hoe belangrijk het ook is om de toegang beter uit werken, men moet niet vergeten dat dit punt in het verleden vaak gediend heeft als panacee voor een minstens zo belangrijke andere kwestie: de reorganisatie van de verzuilde opnemende voorzieningen. Die verbruiken het overgrote deel van het budget. Dan is de vlucht naar voren, al dan niet gelardeerd met het toverwoord preventie, wederom een feit en ontstaat een herhaling van zetten. Geen betere preventie dan goede curatie.

Overigens ben ik van mening dat het onderbrengen van de gespecialiseerde Jeugdzorg in de zorgverzekeringswet de logische weg is ter harmonisatie van de huidige financieringstromen en wetgevendekaders. Dat biedt ook de beste garanties voor evenwicht tussen overheidsinvloed en professionele verantwoordelijkheid.

### **HUBERT BIJKERK**

Voormalig voorzitter Raad van Bestuur van ock het Spalier, Jeugdzorg in Midden- en Zuid-Kennemerland, Santpoort-Noord

## Detentie of psychiatrisch ziekenhuis?

Tijdens mijn werk als verpleegkundige op verschillende psychiatrische opnameafdelingen heb ik geregeld patiënten gezien die voorafgaand aan hun opname delinquent gedrag hadden vertoond. Er zijn dan ook talloze momenten geweest waarop ik me afvroeg waarom ik me op een psychiatrische afdeling met deze criminelen moest bezighouden en waarom ze niet in detentie terecht kwamen.

- Paul (een gefingeerde naam) is een dakloze, wat sjofele man van 37 jaar met de diagnose bipolaire stoornis. Hij probeert de psychiatrie zo veel mogelijk te mijden. Vanochtend werd Paul in de Hema betrapt op het stelen van een fles wijn. Hij bedreigde de caissière met een mes en verwondde haar licht. Andere medewerkers belden de politie en Paul werd onder veel agressie gearresteerd. Nu zit hij vast op het politiebureau en de crisisdienst is gevraagd om een inschatting van zijn toestandbeeld te komen doen. Er is op dit moment niet duidelijk sprake van een manische ontremming of een depressief toestandbeeld. Justitie wil hem, gezien zijn bipolaire stoornis, echter graag laten opnemen in het psychiatrische ziekenhuis.

Waarom is Paul nu opgenomen op een psychiatrische afdeling? Waarom zit hij niet in detentie? Het bedreigen met een mes is toch geen licht vergrijp? Psychiatrische patiënten veroorzaken wel eens overlast (B. Koekkoek e.a. in *MGv* 07-2, 93-108).

Van delinquent gedrag is echter pas sprake als er feiten worden begaan die beschreven staan in het Wetboek van strafrecht, zoals bedreiging met een wapen, brandstichting of moord. Dit zijn delicten die door iedereen gepleegd kunnen worden. Wanneer de dader echter een psychiatrische stoornis heeft, wordt het gecompliceerd: heeft men dan te maken met een psychiatrische patiënt die een delict heeft gepleegd, met een crimineel die een psychiatrische ziekte heeft, of met een van de talloze situaties hiertussenin? De beslissing hierover bepaalt de keuze voor het vervolgartijdstip – justitie of psychiatrie – en voor de strafrechtelijke vervolging. Maar wie besluit daarover en op grond waarvan?

### Psychiatrie

Als de politie bij een arrestant een psychiatrische stoornis vermoedt, zal de plaatselijke crisisdienst moeten inschatten in hoeverre insluiting verantwoord is. Ook moet deze dienst kijken welke psychiatrische zorg geleverd kan worden, bijvoorbeeld in een psychiatrisch ziekenhuis. Vindt de crisisdienst insluiting onverantwoord en psychiatrische zorg nodig, dan zal justitie de verdachte vaak pas willen vrijgeven als er een geneeskundige verklaring voor een inbewaringstelling afgegeven wordt (R. Achilles e.a., *Spoedeisende psychiatrie: de praktijk*, Amsterdam, 2004). De crisisdienst zal op dat moment moeten beoordelen of er meteen psychiatrische zorg nodig is of niet. Voor deze beoordeling zijn geen eenduidige criteria te vinden en de inschatting wordt door elke professional individueel gemaakt. Deze beslissingen zijn echter vaak weinig *evidence based* (H. Maassen in *Medisch contact*, 25, 2001).

In de praktijk wordt er naar mijn ervaring op het politiebureau vooral gesproken met de betrokken politieagenten om informatie te verzamelen. Vervolgens wordt het psychiatrisch toestandsbeeld afgezet tegen de acties die justitie van plan is te ondernemen (bijvoorbeeld vervolging of voorlopige hechtenis). Overleg met de officier van justitie vindt alleen plaats via de politie. Een probleem is dat er in de grond maar twee keuzemogelijkheden zijn: óf de patiënt wordt opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis, óf de patiënt wordt vervolgd en komt in voorarrest. Dat dit soms een dilemma oplevert wordt bijvoorbeeld zichtbaar als de verdachte te gevaarlijk is voor behandeling in een psychiatrisch ziekenhuis, maar het delict weer niet ernstig genoeg is om de verdachte in voorlopige hechtenis te plaatsen met het oog op forensische psychiatrische zorg. Een derde mogelijkheid naast detentie en psychiatrisch ziekenhuis zou in dit soort situaties soelaas kunnen bieden: een intensieve psychiatrische setting, gericht op samenwerking met justitie.

### Justitie

Voordat de rechter er aan te pas komt om te bepalen of iemand toerekeningsvatbaar is, neemt de officier van justitie een besluit over vervolging (M. Drost in *Medisch contact*, 25, 2001). Hij bepaalt of iemand in voorarrest gaat, vrijgelaten wordt, of dat de procedure tot gedwongen opname in een psychiatrisch ziekenhuis gestart wordt. De officier van justitie zal moeten afgaan op de inschatting van de crisisdienst en zijn eigen (juridische en maatschappelijke) kennis van zaken. Bij een ernstig misdrijf zoals moord wil justitie

natuurlijk altijd een straftraject, maar bij minder ernstige vergrijpen is de beslissing gecompliceerder. Factoren die voor de officier van justitie meespelen zijn de ernst van het misdrijf, het belang van de maatschappij en het belang van het opsporingsonderzoek. Ook weegt hij de ernst van de ziekte en de urgentie van de behandeling van de verdachte mee.

Daarnaast kunnen praktische zaken een rol spelen, zoals de mogelijkheid tot plaatsing op korte termijn in een psychiatrisch ziekenhuis. Uiteindelijk weegt de officier van justitie de ernst van het misdrijf af tegen de ernst van de psychiatrische stoornis (B. Raes & F. Bakker, *De psychiatrie in het Nederlandse recht*, Deventer, 2007). Bij justitie is het probleem van de beperkte keuzemogelijkheden – detentie of opname in een psychiatrisch ziekenhuis – overigens ook herkenbaar.

- In het geval van Paul zou het dus
- belangrijk zijn dat er overleg plaatsvindt tussen de crisisdienst en de officier van justitie. Paul zou namelijk zomaar te gevaarlijk kunnen zijn voor het psychiatrisch ziekenhuis.
- Als de officier van justitie hiervan op de hoogte wordt gebracht, zal hij dit meenemen in zijn overwegingen.
- Uiteindelijk behartigt hij niet alleen de belangen van de maatschappij, maar ook die van Paul.

Op dit moment is het zo dat de officier van justitie een beslissing neemt over het in te zetten traject. De crisisdienst wordt hierbij feitelijk slechts in consult gevraagd. Beide hebben echter geen duidelijke criteria om hun keuze op te baseren. Het is de vraag



in hoeverre die mogelijk en wenselijk zijn. Gezien de gezamenlijke belangen zou er echter meer waarde mogen worden gehecht aan overleg tussen beide samenwerkende partijen – vooral tussen de crisisdienst en de officier van justitie. Ook blijft er de kwestie van de beperkte keuzemogelijkheid. Op dit moment is er voor sommige gevaarlijke patiënten alleen zorg mogelijk in detentie (J. Halkes, <http://archieff.ypsilon.org>). Andere gevaarlijke patiënten die een delict hebben begaan, moeten in detentie wachten op adequate psychiatrische zorg. Een tussenoplossing waar deze patiënten terecht kunnen, zou hier op haar plaats zijn.

**THIJS BECKERS**

aio GGZ verpleegkundig specialist, Mondriaan Zorggroep, Heerlen

## IC psychiatrie: nieuw vuilnisvat?

Psychiatrische patiënten krijgen vaak niet de behandeling die ze nodig hebben, en nog te vaak worden patiënten in de isoleercel gezet als ze overlast bezorgen of gevaarlijk zijn. De overheid pleit in verband hiermee voor het opzetten van Intensive Care (IC) in de psychiatrie. Ook de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) vindt het hard nodig. GGZ Nederland is verantwoordelijk gemaakt voor het opstellen van door het veld geformuleerde normen over de gewenste kwaliteit van zorg. Deze veldnormen zijn op 11 maart jl. op het congres

‘Van beheersen naar Intensive care’ aangeboden aan minister Klink. De komende jaren zullen ze geïmplementeerd worden, waarbij de Inspectie zal toezien op de handhaving ervan.

Het verheugt ons dat verschillende partijen zich hard maken voor het verbeteren van de zorg in de psychiatrie en verminderen van dwang. De claim dat IC psychiatrie zal leiden tot vermindering van het aantal separaties (eenzame opsluiting) en dwang is echter niet overtuigend. Laten we wel wezen, juist op een IC wordt dwang toegepast. Als de ideeën voor de IC worden uitgevoerd zoals voorgesteld – als *stand alone*, een op zichzelf staande afdeling – zal dit bovendien een nieuw ‘vuilnisvat’ in de GGZ-instellingen creëren.

IC psychiatrie is een gespecialiseerde afdeling waar kortdurende (ca. 24 uur) crisisbehandeling plaatsvindt wanneer situaties levensbedreigend worden en niet meer hanteerbaar zijn voor niet gespecialiseerde hulpverleners. Een uiterst redmiddel dus. Wij deden jarenlang onderzoek naar separaties in de praktijk. Op grond daarvan zijn wij van oordeel dat IC psychiatrie alleen separaties kan voorkomen indien de afdeling is ingebed in een brede cultuurverandering waar beheersing heeft plaatsgemaakt voor onderhandeling.

Meer en meer deskundig personeel op een IC-afdeling is belangrijk, maar het terugdringen van dwang is niet alleen een kwestie van meer, maar ook van anders. Meer verantwoordelijkheden bij de patiënt, meer onderhandelen, beter aansluiten bij behoeften en proactiever werken zijn cruciaal. Wanneer de medewerkers in instellingen hier niet of onvoldoende van zijn doordrongen en in

geschoold, dan stroomt een ic-afdeling vol en wordt de afdeling een ‘vuilnisvat’ voor ernstig psychiatrisch zieke patiënten. We hebben dit in het verleden ook gezien met afdelingen die de zwaarste categorie patiënten opvingen en vaak functioneerden als een soort politieafdeling. Andere afdelingen hoefden niet meer preventief te werken, want een ‘lastige’ patiënt kon altijd elders worden opgevangen.

Om dat te voorkomen moet dwangreductie een verantwoordelijkheid worden van de gehele instelling. De ic-afdeling is geen panacee voor tekortschietende zorg, noch een manier voor het terugdringen van dwang. Binnen de gehele instelling, en liefst in samenwerking met de ambulante zorg, moet worden gewerkt aan goede zorg en het verminderen van dwang.

### High care

Daarom is het nodig om de basiszorg uit te breiden zodat crisissituaties kunnen worden voorkomen: *High Care*. Een parallel met het gewone ziekenhuis is dat niet alle ingewikkelde gevallen naar de ic gaan; zij worden verpleegd en behandeld op de long- of andere afdelingen, tenzij de situatie levensbedreigend wordt. Om ‘gewone’ psychiatrische afdelingen te ondersteunen kunnen vanuit de ic-psychiatrie consultatieteams worden ingezet. GGzE gaat hier nu mee experimenteren. Het consultatieteam is een multidisciplinair team van deskundigen dat wordt ingeroepen bij crisissituaties op afdelingen. Bovendien kan dit team vastgelopen situaties analyseren en de reflectie van de afdeling bevorderen. Tot slot kunnen verbindingen gelegd worden tussen afdelin-

gen en de ambulante sector en zodoende kan de samenwerking tussen afdelingen en binnen de keten verbeteren. In Amerika werkt men met vergelijkbare teams, zogenoemde ‘Rapid Response Teams’ of ‘Psychiatric Emergency Response Teams’ (PERT). Alleen binnen een dergelijke organisatorische inbedding is ic psychiatrie effectief.

Separeren hoeft nu ook al minder vaak, zo wijst onderzoek uit. Na een kleine groep voortrekkers zijn in 2006 34 GGZ-instellingen in Nederland gevolgd met projecten om het aantal separaties te verminderen en de duur ervan te bekorten. In veel van deze instellingen zijn voorzichtig veranderingen zichtbaar, ook al vertaalt dit zich niet altijd in de cijfers. Voorheen was het separeren een dagelijkse routinematige handeling, zonder oog voor de impact op de patiënt. Er bestaat nu meer besef van de ingrijpendheid van dwang. Zorgverleners zijn kritischer geworden op het eigen handelen. Een goed voorbeeld is het isoleren direct bij opname in het ziekenhuis. Gingen patiënten vroeger vaak meteen na opname naar de isoleercel, nu probeert men dat te voorkomen door middel van gastvrije zorg (bijvoorbeeld een kopje koffie) en betere aansluiting bij de behoeften van de patiënt. Er zijn meer ruimtes gekomen waar je je kunt terugtrekken als dat nodig is en de verpleegkundigen zijn vaker aanwezig op de afdeling. Deze goede voorbeelden dienen nog breder navolging te krijgen.

ic psychiatrie is een prima ontwikkeling. Hierdoor komt er meer aandacht voor een moeilijke groep psychiatrische patiënten die intensieve zorg behoeven. Echter, ic kan alleen dan leiden tot

dwangreductie indien ze is ingebed in een onderhandelingscultuur en in een *High Care*-omgeving met IC consultatieteams.

**TINEKE ABMA**

**YOLANDE VOSKES**

Universitair hoofddocent, resp. onderzoeker  
vakgroep Metamedica, VUmc, Amsterdam.

In samenwerking met Erik Kuijpers (GGzE),  
Monika Scholten (GGzNML), Patricia Sterken  
(GGz Oost Brabant), Jurgen van de Meijs (GGz  
Breburchgroep), Jolijn Santegoeds (actiegroep  
tekeer tegen de isoleer), Benjamin Richartz en  
Jose Lambregts (Mondriaan Zorggroep)

## Alleen

*I can't stand losing you.*

*See you sent my letters back.*

*And my lp records, and they're all scratched.*

*Can't see the point of another day.*

*And nobody listens to a word I say.*

*(copyright: The police)*

Het is nacht, inmiddels half drie geweest. Normaal gesproken kom ik op dit tijdstip tot rust. Wanneer de wereld om mij heen stil is geworden. De lichten in de huizen zijn gedoofd en de meeste mensen zullen hun eerste remslaap beleven. Maar vannacht is het anders. Ik heb geen rust. Ik heb je keihard weggetrapt. Terwijl je me eigenlijk wilde helpen. Maar een opmerking viel even verkeerd. Je leek de hints van de afgelopen tijd niet serieus te hebben genomen en gaf flink gas – ondanks het rode licht. Ik stak mijn middelvinger naar je op. Je keerde je om en liep weg.

Boos als ik was, ging ook ik weg. En nu ben ik alleen. Ik roep de toestand die ik het meest verafschuwelijkbaar graag op.

Slechts enkele minuten nadat ik het obscene gebaar had gemaakt, kreeg ik al spijt van mijn actie. Ik keerde om en rende terug naar de plek waar jij had moeten staan. Je was er niet. Ik riep enkele malen keihard je naam. Niemand die er antwoordde. Ik was echt alleen.

Nu vecht ik tegen mijn tranen en voel een bliksemflits door mijn borstkas gaan. Mijn grootste angst lijkt nu daadwerkelijk waarheid te worden. Ik raak je kwijt. Juist nu ik je eindelijk gevonden heb. Ik vervloek mezelf. En het kan me niet schelen als de gehele wereld het hoort. Ik haat borderline. Ik haat het dat ik, telkens wanneer mensen dichterbij me komen, ze weer net zo hard wegtrap. Ik haat het dat ik momenteel zo'n emotioneel wrak ben. Ik kan nu niks hebben: geen opmerking, geen goed bedoeld gebaar. Ik haat het dat ik in al mijn relaties binnen korte tijd de grenzen opzoek en bereik. Dat ik altijd kijk hoe ver ik kan gaan, voordat iemand mij eindelijk eens de deur wijst. Ik snap het niet. Wat is er nu eigenlijk gebeurd? Dit is niet wat ik wil.

Alleen zit ik inmiddels in het park. Het bankje waar ik nu al minutenlang bewegingloos op zit, voelt koud aan. Kleine druppels water hangen aan de plankjes achter mijn rug. Ik draai me om en kijk ernaar. Ik probeer ze te bestuderen, maar er gaat maar één gedachte door mijn hoofd (JIJ!!!). Ik probeer afleiding te zoeken. Mijn blik van binnen naar buiten te richten. Het lukt niet. Ik hoor nu in bed te liggen, maar verzet me bewust tegen algemeen geldende regels en regelmaat. Want gewoon wil

ik niet zijn. Wat ik wel wil zijn? Ook dat weet ik nu niet.

Wanneer het iets rustiger is in mijn hoofd, pak ik mijn telefoon. Al is het alleen maar om sorry te zeggen. Om te zeggen dat ik van je hou. Ik toets jouw nummer in en tot mijn verbazing hoor ik een mevrouw. Een vrouw die me vertelt dat ik jouw nummer heb bereikt en dat ik een boodschap kan achterlaten na de piep. Ik verbreek de verbinding. Hopend dat je met een ander aan het bellen was toets ik nogmaals hoopvol je nummer in. Weer de inmiddels bekende dame. Ik weet het nu zeker. Je bent boos op mij. En eerlijk gezegd, ik kan je geen ongelijk geven. Lichte paniek breekt uit. Ik werp mijn telefoon op de grond en overweeg hem plat te stampen. Ik ren naar huis, misschien ben je daar. Maar ook hier wacht een teleurstelling op mij. Je bent er niet. Een mix van angst en verdriet komt over me heen.

Pijn doet het, om weer een kern te raken. De kern dat ik doodsbang ben om jou kwijt te raken. Om te beseffen dat ik je zo nu en dan keihard van me wegtrap, puur om te kijken hoe je reageert en wat er dan gebeurt. Dan wachtend op je reactie, die normaal gesproken neutraal of sussend was, maar deze keer anders. Terwijl ik het aan had zien komen. Want ook jij was vandaag geprikkeld en boos. Blind als ik was voor jou, door jou en even enkel egoïstisch bezig, tierde ik over maar één ding door. En ben jij er niet om mijn excuses te aanvaarden, om mij huilend in je armen te nemen. Om me te beschermen tegen de wereld. En wordt mijn angst dus toch waarheid: ik ben alleen.

**SUZAN**

Texel



# Het misverstand geluk

**De weg naar een gelukkig leven lijkt eenvoudig te vinden. Voor een paar tientjes biedt elke boekhandel zelfhulp-reisgidsen aan. Maar de deskundigen in de positieve psychologie zijn het niet altijd eens over de eindbestemming. Daardoor kan de lezer onderweg verdwalen.**

Deze constatering is weinig verrassend. Veel academici stellen zelfhulp gelijk aan list en bedrog. Csikszentmihalyi (1999, p. 20) stelt bijvoorbeeld dat zelfhulpboeken niet helpen om dun, machtig, rijk en geliefd te worden – en zelfs als dat wel zou lukken, dan nog blijft de lezer even ongelukkig als voorheen. Salerno (2005) houdt de zelfhulphype onder meer verantwoordelijk voor het einde van de romantiek, de teloorgang van het gezin, en het toegenomen alcoholmisbruik. Wie deze stelling onderschrijft, zal een misverstand over de aard van het geluk onbeduidend vinden.

Er zijn echter drie redenen om hier toch bij stil te staan. Allereerst is aangetoond dat zelfhulpboeken even effectief kunnen zijn als psychotherapie. Het is verkwisting als je de pareltjes uit het genre op één hoop gooit met lezersbedrog (Bergsma, 2008). De tweede reden is dat zelfhulp een rol speelt in de geestelijke gezondheidszorg (Martinez e.a., 2008). In de zogenaamde *stepped care*-modellen wordt bij milde klachten geprobeerd of de patiënt zich kan redden met zelfhulp, zodat de schaarse middelen gereserveerd blijven voor wie dat het hardst nodig heeft (Cuijpers e.a., 2008). De derde reden is dat het misverstand over de definitie van geluk niet alleen voorkomt in zelfhulpboeken. In de databank van de *World Database of Happiness* staan een kleine duizend meetinstrumenten voor geluk als tevredenheid over het eigen leven (Veenhoven, 2009a). Het misverstand over geluk komt in uitvergroete vorm voor in academische geschriften.

## Definities van geluk

Ik wil hier eerst laten zien waar het misverstand over geluk in zelfhulpboeken uit bestaat en daarna een oplossing voorstellen aan de hand van emotietheorieën. Als motto neem ik een uitspraak van Jaap van Heerden (2007, p. 142): ‘*Waar hebben wij het over?* is een vraag die van nature vooraf zou moeten gaan aan elke hypothesevorming.’ Als uitgangspunt heb ik vier invloedrijke populaire boeken over geluk gekozen. Jan Walburg, voorzitter van de Raad van Bestuur van het Trimbos-instituut, maakt in *Mentaal vermogen; investeren in geluk* (2008) onderscheid tussen positieve gevoelens en duurzaam geluk. Dat laatste bestaat niet alleen uit positieve gevoelens maar ook uit een ‘positieve beoordeling van het leven’ en is verbonden met ‘een zinvol en productief leven’ (p. 14). Het woord duurzaam heeft bij Walburg deels een morele betekenis. Het geluk van de één moet niet ten koste gaan van dat van een ander. Het woordje duurzaam verwijst naar het grootste geluk voor het grootste aantal (Bentham, 1789).

De geluksonderzoeker Sonja Lyubomirsky geeft haar zelfhulpboek *De maakbaarheid van het geluk* (2008) niet zozeer een definitie van geluk, maar heeft het over een gevoel; de ‘ervaring van vreugde, tevredenheid en welzijn, gekoppeld aan een gevoel dat het leven goed is, zinvol en de moeite waard’ (p. 49). Ook zij gebruikt de toevoeging duurzaam, maar nu niet in een morele betekenis. Zij wil het geluk verhogen op een manier zodat het bestand is tegen gewenning. Want je prettig voelen is voor de meeste mensen niet zo’n kunst. Opslag krijgen of een nieuwe auto kopen geeft even een goed gevoel, maar door gewenning is de vreugde snel afgevlakt. Duurzaam geluk is bij Lyubomirsky een fijn gevoel dat bestand is tegen gewenning en dus aanhoudt.

Martin Seligman, de intellectuele vader van de positieve psychologie (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000) geeft in *Gelukkig zijn kun je leren* (2002) een andere draai aan het begrip geluk. Hij gebruikt het als een ‘losse aanduiding’ voor ‘alle doelen van de positieve psychologie’ (p. 328). De positieve psychologie bestudeert positieve emoties en positieve eigenschappen als waren het competenties en deugden en ‘positieve instituties als democratie, hechte families en vrij onderzoek, die de deugden steunen, die op hun beurt de positieve emoties sturen’. Geluk is bij Seligman niet primair een positief gevoel, maar eerder een synoniem van een deugdzaam leven. Dit is een positie die teruggrijpt op die van veel klassieke filosofen (Annas, 1993).

Tal Ben-Shahar, hoogleraar positieve psychologie in Harvard, beschrijft in *Gelukkiger* (2007) geluk als het uiteindelijke doel van alle menselijke strevingen. ‘Ik definieer geluk als “de alomvattende ervaring van genot en betekenis”. Een gelukkig persoon heeft positieve emoties en ervaart haar leven als betekenisvol. De definitie heeft geen betrekking op een enkel moment,

maar op de totaliteit van de ervaring; iemand kan op een gegeven moment emotionele pijn ervaren, maar over de hele linie genomen nog steeds gelukkig zijn.’ (p. 52)

Bovengenoemde schrijvers maken allen duidelijk dat een gelukkig leven gelijk staat aan het goede leven, maar ze verschillen van mening over wat dat goede nu precies is. We kunnen dit oplossen door het begrip geluk terug te brengen tot de oorspronkelijke betekenis. Daarna kunnen we moderne emotietheorieën naast het geluksonderzoek leggen, waardoor het begrip duidelijker vorm krijgt.

### Geluk volgens het woordenboek

Het grote basiswoordenboek van de Nederlandse Taal WNT (De Vries e.a., 1882-1998), dat het geschreven Nederlands van bijna vijf eeuwen (1500-1976) in kaart brengt, geeft drie gebruikelijke betekenissen van geluk:<sup>1</sup>

#### Geluk

- 1) Abstract. De gunstige loop der omstandigheden, de voorspoed die iemand zonder eigen toedoen te beurt valt; met het bijdenkbeeld, dat men er niet op vertrouwen kan, omdat het ieder oogenblik kan veranderen.
- 2) Concreet. — 2α In collectieve opvatting. Het geheel der gunstige omstandigheden, die iemand te beurt vallen; de aangename toestand waarin men verkeert, wanneer men al zijne redelijke wenschen bevredigd ziet. 2β Bij beperking. Eéne bepaalde gunstige omstandigheid, een gunstig toeval, een aangenaam voorval, eene blijde gebeurtenis.
- 3) Overdrachtelijk. Het behaaglijk gevoel van dengene, die al zijne redelijke wenschen bevredigd ziet en zich verheugt over het lot dat hem te beurt is gevallen.

Deze betekenissen vallen uiteen in enerzijds gelukkige omstandigheden (mazzel) en anderzijds in het gevoel dat optreedt als het in het leven meezit. Deze laatste betekenis sluit waarschijnlijk het beste aan bij de verwachtingen van mensen die een zelfhulpboek over geluk kopen. Lyubomirsky blijft van de vier besproken auteurs het dichtst bij deze definitie. De toevoeging van Walburg over de normen en waarden die hij als uitgangspunt neemt, zal veel lezers verrassen. De definitie van Ben-Shahar wijkt op een andere manier af. De positieve emoties uit zijn definitie verwijzen naar geluk, maar het globale oordeel waar hij het over heeft, kan waarschijnlijk beter gevangen worden onder de noemer levensvoldoening. Seligmans opvatting over geluk die primair gestoeld is op deugdelijkheid, sluit helemaal niet aan bij het dagelijks spraakgebruik.

We kunnen al deze verschillende betekenissen nader duiden als we ze ordenen in een schema waarin opvattingen over geluk worden ingedeeld

aan de hand van twee tegenstellingen (Tabel 1; Veenhoven, 2000). De eerste tegenstelling heeft betrekking op de kansen op geluk versus het bereikte resultaat, de tweede op de kenmerken van de externe omstandigheden of van het individu. Alle vier de hokjes in het schema worden wel beschreven met het woord geluk, maar als we het woordenboek volgen dan komt het vakje rechtsonder het meest in aanmerking.

**Tabel 1** Vier opvattingen over kwaliteit van leven

	<b>Extern</b>	<b>Intern</b>
<b>Kansen</b>	Leefbaarheid	Levensvaardigheid
<b>Uitkomsten</b>	Nut	Geluk

### **Leefbaarheid**

Het kwadrant linksboven in de tabel verwijst naar de gunstige omstandigheden die genoemd worden in de eerste betekenis van het woordenboek. Omdat het hier gaat om de externe kansen, kun je hier denken aan zaken als de beschikbaarheid van eten, veiligheid, onderwijs, democratie en de afwezigheid van corruptie. Maar waar het woordenboek uitgaat van gelukkige spellingen van het lot, verwijst het begrip leefbaarheid naar structureel gunstige omstandigheden. Onze schrijvers over geluk laten deze definitie links liggen.

### **Nut**

Het kwadrant linksonder in de tabel verwijst naar de opvatting dat het leven ergens goed voor moet zijn. De definitie van Seligman sluit hierbij aan: je bent gelukkig als je veel goede werken verricht, maar het is niet uit te sluiten dat je je daarbij slecht voelt. Dit lijkt mij een te misleidende opvatting van geluk om aan een algemeen publiek te presenteren. Als Walburg benadrukt dat we niet alleen ons eigen geluk, maar ook dat van anderen moeten vergroten, dan maakt ook hij gebruik van elementen uit dit kwadrant. Het verschil met Seligman is dat Walburg steeds expliciet aangeeft dat dit een morele keuze is.

### **Levensvaardigheid**

Het kwadrant rechtsboven uit de tabel verwijst naar levenskunst, de individuele vaardigheid om het beste te maken van uiteenlopende omstandigheden. De vier zelfhulpboeken richten zich allemaal primair op het vergroten van deze vaardigheid, maar benoemen dit aspect niet expliciet, hoewel het boek van Walburg een gunstige uitzondering op deze regel is. Walburg gebruikt de woorden ‘mentaal vermogen’ zelfs als titel. Er moet



echter één belangrijke kanttekening gemaakt worden bij het versterken van levensvaardigheden; ze kunnen de kansen op geluk vergroten maar ze bieden geen garanties. In de hel voelt ook een levenskunstenaar zich beroerd.

### **Geluk**

Het overblijvende kwadrant verwijst direct naar de derde betekenis van het woordenboek als behaaglijk gevoel. Dit is de subjectieve ervaring van het leven, die ook aangeduid kan worden als levenstevredenheid, subjectief welbevinden, levensvoldoening of geluk. Omdat deze betekenis het meest aansluit bij de verwachtingen van het algemene publiek, pleit ik ervoor het woord geluk in zelfhulpboeken alleen te gebruiken in deze betekenis.

249

### **De duur van het geluk**

Tabel 1 bevestigt dat de definitie van Seligman misleidend is. De andere drie auteurs gebruiken een betekenis die goed aansluit bij het woordenboek, hoewel ze soms levensvaardigheden en de uitkomst door elkaar halen. Ook denken ze niet allen hetzelfde over de duur van het positieve gevoel. Dit verschil kan verduidelijkt worden met emotietheorieën. Je kunt geluk begrijpen als een vluchtige emotie, als een wat langer aanhoudende stemming of zelfs als de positieve waardering van het eigen leven als geheel. Duur en intensiteit van gevoel zijn omgekeerd evenredig (Parkinson e.a., 1996). Geluk als emotie is een diep doorleefde blijdschap, een kortstondig hoogtepunt van opperste gelukzaligheid. Als stemming is geluk een rustig gevoel van blijdschap en tevredenheid. Geluk als globaal oordeel over het eigen leven houdt in dat men na weging van de hoogte- en dieptepunten en de perioden daartussenin tot de conclusie komt dat het allemaal zeer de moeite waard was. Dit laatste kun je ook levensvoldoening noemen; een cognitief oordeel over de kwaliteit van het eigen bestaan (Veenhoven, 2009b).

### **Geluk als emotie**

Volgens Frijda (1988) bestaan emoties uit drie componenten. In de eerste plaats zijn het gevoelens dat het goed of fout gaat. Volgens filosoof Spinoza geeft blijdschap aan dat het leven goed is zoals het nu is en dat de levenskracht toeneemt, terwijl droefheid betekent dat het niet goed gaat en de levenskracht belemmerd wordt. Andere theoretici onderschrijven deze pijn-plezierdimensie (Scherer, 2005). Het tweede aspect van de emotie is de neiging tot handelen. Verliefdheid spoort aan om dicht bij de geliefde te zijn, angst doet vluchten, boosheid roept de wil op de ander kwaad te berokkenen, en verdriet geeft de neiging om zich uit de omgeving terug te trekken. Frijda

noemt dit gedrag-oproepende aspect van emoties de actietendens. Geluk geeft aan dat het leven goed is zoals het nu is en dat er niets veranderd hoeft te worden.

Het derde aspect van emoties is de waarneming van de actietendens. Men heeft niet alleen een negatief gevoel en de neiging om erop los te slaan, men méerkt ook dat deze geneigdheid optreedt. Evenzo is verliefdheid, behalve vlinders in de buik en de neiging iemand tegen zich aan te houden, ook de waarneming van deze impuls. De zelfwaarneming is een belangrijk bestanddeel van emoties. Verlegenheid zou lang niet zo vervelend zijn als het niet gepaard ging met een te scherp zelfbewustzijn. Een mens hééft niet alleen emoties, maar gaat er ook mee om.

Frijda (1988) definieert emoties als volgt: het zijn ‘vormen van relationele actiebereidheid, hetzij in de zin van tendensen om een relatie met de omgeving tot stand te brengen, te onderhouden of te onderbreken, hetzij als een vorm van relationele bereidheid als zodanig’ (p. 48-49). Met het laatste aspect van deze definitie duidt Frijda activatie aan. Frijda vat een emotie op als een piek in het emotionele functioneren, waarbij het gevoel ‘stuurvoorrang’ krijgt; het onderbreekt het lopende gedrag en neemt de controle over.



De emotie geluk heeft in deze opvatting betrekking op de meest positieve emoties waarbij de normale stroom van de interactie met de omgeving wordt onderbroken en het gevoel de overhand neemt. Dit fijne gevoel gaat al dan niet gepaard met een toegenomen activiteit. In het eerste geval is sprake van een overheersing door het sympathische zenuwstelsel en zou je met Frijda kunnen spreken van een ‘vrije activatie’: er is sprake van een overdaad aan gedrag dat niet specifiek gericht is op het verdedigen van een bepaald belang. Denk aan de vreugdedans van een voetballer die net een doelpunt heeft gescoord, en die niet meer opgaat in de loop van het spel.

De andere pool van de blijdschap is het rustige welbehagen. Je doet even een stapje terug uit de lopende interactie met de omgeving en leunt dan tevreden achterover en geniet van het goede dat je ten deel is gevallen. Deze betekenis wordt misschien het best gedekt door het woord gelukkig. Je hebt het idee dat de toestand in de wereld geheel overeenkomstig je eigen wensen is en geniet daar ten volle van.

Geluk kan dus omschreven worden als een intens positief gevoel dat al dan niet gepaard gaat met toegenomen activiteit. Daarbij komt het besef dat je het op dat moment prima getroffen hebt. Dit zelfbewustzijn maakt dat we bij mensen wel van geluk spreken, maar bij dieren alleen van een prettig gevoel (Crombag & Van Dun, 1997).

De vier ‘geluksschrijvers’ richten zich echter geen van allen op het vergroten van kortdurende gelukkige emoties. Mogelijk laten momenten van opperste gelukzaligheid zich moeilijk plannen. Een probleem is bijvoorbeeld dat geluk als emotie slechts kort aanhoudt, omdat het emotionele systeem zo is ingesteld dat je snel went aan prettige omstandigheden (Frijda, 1987). De populaire geluksboeken gaan ervan uit dat het hooguit lukt om de gevoelstemperatuur wat te verhogen en als dat momenten van gelukzaligheid oplevert, is dat mooi meegenomen, maar zeker niet het hoofddoel. Geluk moet duurzaam zijn, zeggen Lyubomirsky en Walburg expliciet en Ben-Shahar en Seligman impliciet.

Dat de zelfhulpauteurs de positieve pieken in het emotionele beleven negeren, is een keuze. Bijvoorbeeld Frijda en Sundararajan (2007) bespreken de mogelijkheden om de emotiebeleving te verfijnen. Dit kan door een mentale houding te kweken die gekenmerkt wordt door zelf-reflexiviteit, onthechting en terughoudendheid.

Ook is het de moeite waard te onderkennen dat veel uitspraken over geluk uit de zelfhulpboeken samenhangen met de door de auteur gekozen definitie. Lyubomirsky schrijft bijvoorbeeld dat de levensomstandigheden nauwelijks van belang zijn voor het geluk, maar dat dat niet geldt voor de emotionele hoogtepunten. Het vreugdedansje voert de voetballer alleen op als hij gescoord heeft.

### Geluk als stemming

De stemmingen vormen naast emoties de tweede dimensie van het affectieve systeem. Parkinson e.a. (1996) beschrijven drie aspecten die kunnen differentiëren tussen emoties en stemming. Het eerste facet is de duur.

Of zoals het in de DSM-IV staat uitgedrukt: de stemming weerspiegelt het emotionele klimaat en de emoties het weer. Emoties zijn kortdurende reacties, terwijl een stemming langer aanhoudt. Een tweede verschil heeft betrekking op het beloop. Stemmingen komen en gaan geleidelijk, terwijl emoties een

snelle heftige opkomst hebben en in de regel weer snel afvlakken. In technische termen kun je zeggen dat de stemming chronisch of tonisch is, terwijl emoties acuut of fasisch zijn. Het derde verschil is dat emoties intenser gevoeld worden dan de stemming. Opperste gelukzaligheid is krachtiger dan de aangename gloed van tevredenheid. Het verschil in intensiteit

stemming weerspiegelt

het klimaat, emotie het

weer

is echter niet absoluut. Zo gaat een ernstige depressie gepaard met een langdurige, intensieve neerslachtige stemming. Lewis Wolpert (1998) vat dit kernachtig samen als hij zegt dat zijn depressie voor hem erger was dan de dood van zijn vrouw.

Welke psychologische processen gaan schuil achter de verschillen tussen stemming en emotie? Over deze theoretische vraag bestaat meer onenigheid. Gemeenschappelijk is het idee dat emoties een gevoelsmatige reactie zijn op de gebeurtenissen in het hier en nu, terwijl het gevoel zich bij een stemming van uitlokkende omstandigheden heeft losgemaakt. De stemming heeft zich niet specifiek ergens op gericht, maar heeft vooral betrekking op de manier waarop iemand in het leven staat (Frijda, 1988; Thayer, 1996). De stemming heeft ook een minder duidelijke relatie met gedragstendenzen (Gross, 1998).

Morris (1992) stelt dat emoties reacties zijn op gebeurtenissen in de omgeving en dus informatie verschaffen over de interactie van het individu met de omgeving, terwijl stemming aangeeft hoe de toestand van het individu is. In deze optiek signaleert de emotie geluk een fantastische gebeurtenis en de stemming geluk dat de persoon tevreden is met zichzelf en het gevoel heeft dat hij of zij tegen het leven is opgewassen.

Dit alles wordt bij elkaar gebracht door Parkinson e.a. (1996): 'Mood is an undirected evaluative mental state which temporarily predisposes a person to interpret and act towards a wide variety of events in ways according with its affective content.' Met andere woorden: de stemming is een niet-permanente, cognitief-motivationale dispositie met evaluatieve kenmerken. De stemming

is al dan niet plezierig, duurt doorgaans langer dan enkele seconden, en verandert doorgaans geleidelijk in plaats van dat ze een duidelijk beginpunt heeft. Deze omschrijving biedt aanknopingspunten iets meer te zeggen over geluk als stemming. Het is duidelijk dat geluk een positief gewaardeerde stemming is, die het mogelijk maakt om plezier te beleven aan een grote variëteit aan gebeurtenissen, of in ieder geval om zich prettig te voelen bij deze uiteenlopende zaken. Bovendien is de laatste jaren duidelijk geworden dat een positieve stemming met ander gedrag gepaard gaat dan een negatieve stemming. Fredrickson (2001) heeft in dit verband de *broaden and build*-theorie van positief affect naar voren gebracht. Positieve stemmingen en emoties zetten het licht op groen om te exploreren, nieuwe dingen te leren en sociale netwerken te versterken (Cacioppo & Gardner, 1999).

De populaire geluksboeken nemen positieve stemmingen en niet positieve emoties als uitgangspunt. Misschien zijn de veranderlijke gelukkige emoties onvoldoende verenigbaar met de door de auteurs zo vurig gewenste duurzaamheid. Ben-Shahar maakt dit het duidelijkst door expliciet te spreken van geluk dat kan aanhouden als iemand zich slecht voelt. De auteurs lijken geluk op te vatten als *Grundstimmung*, de stemming die het meest typerend is voor een bepaalde persoon. Ten opzichte van de betekenis van het woordenboek heeft deze opvattingen als nadeel dat niet langer verwezen wordt naar de meest intensieve momenten van persoonlijk welbevinden, maar naar de achterliggende grondtoon van het gevoel en de positieve consequenties daarvan (Lyubomirsky e.a., 2005).

De keuze voor de positieve *Grundstimmung* als synoniem voor geluk heeft bovendien als consequentie dat de interactie van de persoon met de omgeving minder belangrijk wordt. Als de gemiddelde levensomstandigheden in een land niet ellendig zijn, dan verwijst de *Grundstimmung* primair naar een goede mentale conditie of de persoonlijkheid van het individu. De populaire boeken over geluk proberen niet de lezer enkele piekervaringen te laten beleven, maar in plaats daarvan een steuntje in de rug te geven bij het vergroten van de mentale fitheid. Zoals gezegd, erkent Walburg dat het meest expliciet door te spreken over mentaal vermogen. De andere auteurs lopen echter het risico dat lezers zich bekocht voelen, omdat zij onder de belofte van geluk aan hun mentale fitheid moeten werken.

De kans op frustratie is waarschijnlijk het grootst voor mensen die het minst gelukkig zijn. Ongelukkige personen blijken immers meer naar veranderingen te streven dan gelukkige mensen. Zij willen graag leuker werk, meer opleiding en een betere gezondheid. Ook op andere gebieden hebben zij meer onvervulde wensen (Veenhoven, 2009a). Deze mensen worden in de besproken adviesboeken aanbevolen met zichzelf aan de slag te gaan. Dehue (2008) stelt daarbij de vraag of deze individualistische benadering mensen

in ongunstige omstandigheden niet tekortdoet. Het is natuurlijk positief als het lukt de mentale fitheid van mensen te vergroten, maar het lijkt een reëel gevaar dat het gevoel wordt versterkt dat ongeluk je eigen schuld is – en dat kan onrechtvaardig zijn.

### **Geluk als levensvoldoening**

Met het beschrijven van geluk als emotie of als stemming is het kwadrant geluk uit tabel 1 nog niet geheel afgedekt. Geluk kan ook verwijzen naar een globaler oordeel over het leven als geheel, waarbij het leven met alle bijbehorende hoogte- en dieptepunten wordt gewogen (Bergsma, 1995). Dit aspect van geluk is het best te vangen onder het kopje levensvoldoening. Dit aspect komt bijvoorbeeld terug in de geluksopvatting van Walburg als hij rept van een productief en betekenisvol leven.

Levensvoldoening wordt opgevat als een affectief of cognitief oordeel over de kwaliteit van bestaan als geheel. Het oordeel is affectief wanneer het intuïtief en op gevoel gegeven wordt, en cognitief wanneer het tot stand komt aan de hand van een bewust oordeel over in hoeverre bepaalde verlangens zijn bevredigd. Geluk als levensvoldoening is in de cognitieve variant sterk afhankelijk van de gebruikte standaarden en te beïnvloeden door de inschatting van anderen en algemeen aanvaarde standaarden over het goede leven (Veenhoven, 2009b).

De cognitieve variant van levensvoldoening is in de zelfhulpboeken over geluk meestal dominant. Er wordt over het algemeen veel aandacht besteed aan de manier waarop de lezer tegen zichzelf en de wereld aankijkt. Lyubomirsky heeft bijvoorbeeld verschillende dankbaarheidsoefeningen in haar boek opgenomen, die ten doel hebben de lezer er bewuster van te maken bij welke aspecten van het leven al voldaan is aan bestaande standaarden. Walburg geeft onder meer het advies optimistischer tegen de wereld aan te kijken. De nadruk op de cognitieve variant van levensvoldoening heeft echter twee nadelen. Ten eerste sluit deze opvatting minder goed aan op de betekenis van geluk in het woordenboek. Ten tweede wijzen de beschikbare data over wanneer mensen gelukkig zijn, er eerder op dat sprake is van een affectief oordeel (Veenhoven, 2009b).

Dat sommige geluksauteurs toch veel nadruk leggen op het cognitieve aspect van levensvoldoening, heeft misschien te maken met het feit dat het geluk daardoor maakbaarder wordt. Seligman zei bij de bijeenkomst ‘Geluk in uitvoering’ op 24 november 2006 in Amsterdam dat hij tot zijn definitie van geluk is gekomen, omdat hij niet gelooft dat de affectieve dimensie van geluk zich wezenlijk laat verbeteren (persoonlijke mededeling). De zelfhulpauteur die levensvoldoening in zijn definitie opneemt, voegt een element aan de betekenis van geluk toe dat niet terugkomt in het woordenboek en dat

waarschijnlijk niet prominent is in de beleving van mensen. Dat leidt tot verwarring en het concept wordt op deze manier ook minder helder en vatbaarder voor vertekeningen (Veenhoven, 2009b). Het zou eerlijker zijn om geluk duidelijker te omschrijven als een positieve (grond)stemming. Het is dan voor de lezer duidelijker welke weg hem gewezen wordt en de zelfhulpauteur kan beter aangeven wat de mogelijkheden en beperkingen van de gekozen aanpak zijn.

### Een metafoer van de ziel

Bij wijze van afsluiting wil ik de rol van geluk in iemands leven verduidelijken met een metafoer. Aristoteles vergeleek de functie van de ziel in het menselijk organisme met die van een schipper op een zeilschip (Oatley, 1992, p. 12). In deze vergelijking zouden de positieve en negatieve gevoelens fungeren als een soort kompas. Een emotie treedt op als de belangen van het schip acuut in het geding zijn. Het kan bijvoorbeeld zijn dat gevaar dreigt en dat een snelle koerswijziging noodzakelijk is. Het alarmerende gevoel en het noodplan dat direct ten uitvoer wordt gebracht is in deze vergelijking een emotie. Geluk treedt op wanneer belangrijke doelen zijn bereikt of gevaarlijke klippen op het laatste moment ontweken worden.

Geluk als stemming mist zo'n acute aanleiding, maar zegt meer over de staat van het schip in verhouding tot de golven. Een positieve stemming ontstaat als het schip berekend is op de golven die het moet weerstaan, of om het in gebruikelijker termen uit te drukken, als de draagkracht toereikend is voor de draaglast. Een positieve stemming zal overheersen als men over het algemeen tevreden is over zichzelf en de wereld waarin men leeft. Geluk als levensvoldoening voegt daaraan toe dat een algemene afweging wordt gemaakt over de koers en de toestand van het schip. Het gaat niet alleen over de huidige koers, maar om een globaal oordeel over de reis tot nu toe, en over het verwachte traject voor de toekomst.

Het zwaartepunt van de besproken geluksadviseurs ligt bij geluk als stemming. Deze keuze is vanuit de emotietheorie gezien eenzijdig, omdat losse gelukkige emoties uit het zicht verdwijnen, en daarmee de directe interactie met de omgeving. De intensieve beleving die volgens het woordenboek geassocieerd wordt met het woordje geluk krijgt daardoor weinig aandacht. In plaats daarvan staan de levensvaardigheden van het individu centraal. De geluksadviseurs lopen daardoor het gevaar dat ze mensen aanmoedigen aan zichzelf te werken, terwijl de lezer misschien wel in omstandigheden verkeert die voor iedereen moeilijk te hanteren zouden zijn.

Het verdient daarom aanbeveling beter te onderscheiden wanneer zelfhulp zich richt op de levensvaardigheden en wanneer op het beleven van geluk. Wie met een zelfhulpboek probeert de mentale fitheid van lezer te verhogen onder het mom van een cursus in geluk, belooft misschien meer dan gezien de levensomstandigheden van de lezer gerechtvaardigd is.



### Noot

- 1 Het WNT gebruikt de oude spelling, maar ik gaf hier de voorkeur aan boven de moderne beschrijving van Van Dale, dat op zich dezelfde definities geeft van geluk, maar dat om voor mij onnavolgbare redenen de lat voor het geluk hoger heeft gelegd. Van Dale spreekt alleen van geluk wanneer alle wensen zijn bevredigd, zonder de toevoeging redelijke.

### Literatuur

- Annas, J. (1993). *The morality of happiness*. New York: Oxford University Press.
- Ben-Shahar, T. (2007). *Gelukkiger. Ontdek het geheim van het dagelijks geluk*. Amsterdam: Archipel.
- Bentham, J. (1789). *Introduction to the Principles of Morals and Legislation*. London: Payne.
- Bergsma, A. (1995). *Emoties en kwaliteit van bestaan*. Utrecht: Het Spectrum.
- Bergsma, A. (2008). Do self-help books help? *Journal of Happiness Studies*, 9, 341-360.
- Cacioppo, J.T., & Gardner, W.L. (1999). Emotion. *Annual Review of Psychology*, 50, 191-214.
- Crombag, H.F.M., & van Dun, F. (1997). *De utopische verleiding*. Amsterdam: Contact.
- Csikszentmihalyi, M. (1999). *Flow: Psychologie van de optimale ervaring*. Amsterdam: Boom.
- Cuijpers, P., Straten, A. van, Smit, F., Mihalopoulos, C. & Beekman, A. (2008). Preventing the onset of depressive disorders. A meta-analytic review of psychological interventions. *American Journal of Psychiatry*, 165, 1272-1280.
- Dehue, T. (2008). *De depressie-epidemie*. Amsterdam: Augustus.
- Fredrickson, B.L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology. The broaden-and-build theory of positive emotions. *American Psychologist*, 56, 218-226.
- Frijda, N.H., & Sundararajan, L. (2007). Emotion refinement. *Perspectives on Psychological Science*, 2, 227-241.
- Frijda, N.H. (1988). *De emoties. Een overzicht van onderzoek en theorie*. Amsterdam: Bert Bakker.
- Gross, J.J. (1998). The emerging field of emotion regulation. An integrative review. *Review of General Psychology*, 2, 271-299.
- Heerden, J. van (2007). *Uit het autowrak gezaagd*. Amsterdam: Prometheus.
- Lyubomirsky, S. (2008). *De Maakbaarheid van het geluk. Een wetenschappelijke benadering voor een gelukkiger leven*. Amsterdam: Archipel.
- Lyubomirsky, S., King, L. & Diener, E. (2005). The benefits of frequent positive affect. Does happiness lead to success? *Psychological Bulletin*, 131, 803-855.
- Martinez, R., Whitfield, G., Dafters, R., & Williams, C. (2008). Can people read self-help manuals for depression? A challenge for the stepped care model and book prescription schemes. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 36, 89-97.



- Morris, W.N. (1992). A functional analysis of the role of mood in affective systems. In M.S. Clark (red.), *Emotion* (pp. 256-293). Newbury Park, CA: Sage.
- Oatley, K. (1992). *Best laid schemes; the psychology of emotions*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Parkinson, B., Totterdell, P., Briner, R.B., & Reynolds, S. (1996). *Changing Moods. The Psychology of Mood and Mood Regulation*. London: Longman.
- Salerno, S. (2005). *SHAM: How the self-help movement made America helpless*. New York: Crown Publishers.
- Scherer, K.R. (2005). What are emotions? And how can they be measured? *Social Science Information*, 44, 695-729.
- Seligman, M.E.P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology; an introduction. *American Psychologist*, 55, 1, 5-14.
- Seligman, M.E.P. (2002). *Gelukkig zijn kun je leren*. Utrecht: Het Spectrum.
- Thayer, R.E. (1996). *The origin of everyday moods. Managing energy, tension and stress*. New York: Oxford University Press.
- Veenhoven, R. (2000). The four qualities of life: ordering concepts and measures of the good life. *Journal of Happiness Studies*, 1, 1-39.
- Veenhoven, R. (2009a). *World Database of Happiness*. Rotterdam: Erasmus Universiteit. <http://worlddatabaseofhappiness.eur.nl>.
- Veenhoven, R. (2009b). How do we assess how happy we are? In A. Dutt & B. Radcliff (red.), *Happiness, Economics and Politics*. Northampton: Edward Elger.
- Vries, M. de, Winkel, L.A. te, e.a. (1882-1998) *Woordenboek der Nederlandsche Taal. 's-Gravenhage/Leiden etc.: M. Nijhoff/A.W. Sijthoff*.
- Walburg, J.A. (2008). *Mentaal vermogen. Investeren in geluk*. Amsterdam: Nieuw Amsterdam Uitgevers.
- Wolpert, L. (1998). *Malignant sadness. The anatomy of depression*. Londen: Faber & Faber.

### Samenvatting

Bergsma, A.

'Het misverstand geluk'

► Advies van vooraanstaande academici voor een gelukkiger leven is ruim voorradig in boekwinkels, maar de kans dat een lezer daarvan profiteert wordt verkleind doordat verschillende auteurs onverwachte definities van geluk gebruiken. Hierdoor kunnen verkeerde verwachtingen opgeroepen worden, zodat lezers teleurgesteld afhaken. De auteur pleit er daarom voor een definitie van geluk te gebruiken die gebaseerd is op een positieve stemming. Dit komt het meest overeen met wat lezers op grond van het dagelijks spraakgebruik verwachten. Verder is het belangrijk het verschil tussen positieve stemmingen en emoties expliciet te benoemen. Geluk als emotie ontstaat door een gunstige wisselwerking met de omgeving, terwijl een positieve stemming meer afhankelijk is van de psychologische kenmerken van het individu.

257

### Personalia

Drs A. Bergsma (1965), psycholoog en wetenschapsjournalist, werkt aan een proefschrift over geluk bij de Faculteit Sociale Wetenschappen, Erasmus Universiteit, Rotterdam.  
[bergsma@fsw.eur.nl](mailto:bergsma@fsw.eur.nl)

Reageer op dit artikel via

[www.trimbos.nl/mgv](http://www.trimbos.nl/mgv)

ARNOLD VAN ELTEREN, TINEKE ABMA, MAURICE VOSSEN & GUY WIDDERSHOVEN

# Motivatie door dwang en drang

Gedwongen detoxificatie in de psychiatrie

**Soms blijken opgenomen psychiatrische patiënten zo veel drugs te gebruiken dat behandeling onmogelijk wordt. Gedwongen afkicken lukt niet altijd. Een afdeling besloot toch om over te gaan tot gedwongen detoxificatie. Maar hoe is dat ethisch en juridisch te verantwoorden?**

Zowel het gebruik van drugs als het toepassen van dwang is een actuele kwestie in de klinische GGZ. Het gebruik van drugs in de psychiatrie is enorm. Bijna 30% van de intramuraal verblijvende patiënten is verslaafd aan alcohol en/of drugs of misbruikt deze middelen in ernstige mate.<sup>1</sup> Vaak worden zelfs nog hogere percentages genoemd, en adequate oplossingen zijn er nauwelijks. Dwangtoepassing staat op dit moment in de GGZ ter discussie. Onder de noemer ‘dwang en drang’ is er veel aandacht voor separeren. Het streven is dit te verminderen, en de toepassing van dwang en drang te humaniseren.

In psychiatrisch ziekenhuis de Mondriaan Zorggroep in Limburg lopen diverse dwangreductieprojecten. Daarnaast is er in september 2007 het Psychiatrische Diagnose en Drugs (pd&d)-project gestart, gericht op gedwongen detoxificatie van patiënten met stevig drugsmisbruik. Deze aanpak is op zichzelf niet nieuw, althans in de verslavingszorg, maar in traditionele psychiatrische ziekenhuizen is detoxificatie nog tamelijk ongebruikelijk. Momenteel versmelten deze vroeger gescheiden circuits en dit project is daar exemplarisch voor (Van der Stel, 2002). Er zijn in den lande verschillende klinieken voor dubbele diagnose, waar detoxificatie deel van de behandeling uitmaakt.<sup>2</sup> Ook bij criminele verslaafden is detoxificatie vaak gedwongen.

In dit project van de Mondriaan Zorggroep is echter sprake van een andere patiëntencategorie. Het gaat primair om psychiatrische problematiek, gecombineerd met ernstig misbruik van cannabis en steeds vaker amfetaminen, maar geen cocaïne of heroïne. (In de verslavingszorg wordt onderscheid gemaakt tussen ‘gebruik’, ‘misbruik’, ‘ernstig misbruik’ en ‘verslaving’, in een oplopende mate van afhankelijkheid.) De hulpverleners hadden te maken met vooral schizofrene psychiatrische patiënten met een rechtelijke machtiging (RM)<sup>3</sup>, die tijdens hun (langdurige) opname steeds meer middelen ‘ernstig misbruikten’.

### Het pd&d-project: rechtvaardiging

In de pd&d-aanpak worden deze patiënten onvrijwillig drie maanden op een detoxificatie-afdeling geplaatst. De eerste twee maanden mogen zij die afdeling niet verlaten, in de derde maand kan dat onder begeleiding eenmaal per week. Dit betekent een forse vrijheidsbeperking. De juridische voorwaarden voor dwangingrepen in de GGZ zijn vanaf 1994 vastgelegd in de Wet Bopz. In die wet staat zelfbeschikking centraal. Voor dwanginterventies kent de wet enkel het gevaarscriterium: dwang mag alleen worden toegepast in geval van risico of gevaar voor zichzelf of anderen. Als het gaat om ongeremd drugsgebruikende patiënten die al met een RM zijn opgenomen, is geen direct risico of gevaar voor de patiënt of anderen aan te wijzen. De pd&d-interventie is daarom niet te rechtvaardigen vanuit het zelfbeschikkingsprincipe. Maar de combinatie van psychiatrische problematiek en ongeremd drugsgebruik leidt wel tot een situatie met nauwelijks nog aanspreekbare patiënten, voor wie elk perspectief op verbetering ontbreekt. Bovendien ontwricht deze situatie de afdeling en demotiveert ze de medewerkers. De afdelingsleiding stond voor een dilemma. Moest men het zelfbeschikkingsrecht van de patiënten blijven respecteren, of ingrijpen in deze situatie, ook als daar wettelijk weinig basis voor leek te zijn?

De verschuiving in de gebruikstrend de laatste jaren, van eerst vooral cannabis naar steeds meer amfetaminen (speed), versterkte dit dilemma. Deze nauwelijks voor behandeling ontvankelijke patiënten bleven steeds langer op de afdeling, en het veranderde drugsgebruik leidde tot een flinke toename van agressie-incidenten. Hulpverleners op de afdeling waren steeds meer bezig met beheersen in plaats van behandelen. Controles op drugsbezit, misleiding, achterdocht, wantrouwen, conflicten en agressie waren dagelijks aan de orde. Stafleden omschreven hun werk als het spelen van politieagent en het bieden van een hotelfunctie. Behandelbeslissingen waren gereduceerd tot het aanpassen van medicatie en het wel of niet toekennen van vrijheden om naar buiten te mogen.

Tegen deze achtergrond besloten de behandelaars tot een radicale beleidsverandering, namelijk gedwongen detoxificatie en isolatie. Zij beseften dat zij zich met de pd&d-interventie juridisch op glad ijs begaven, maar waren tevens doordrongen van de noodzaak dat er iets met deze vastgelopen patiëntengroep moest gebeuren. De ouders van de patiënten ondersteunden het project. Mochten er juridische klachten komen, dan was de afdeling tot een proefproces bereid. Ethisch onderzoek met een pragmatisch uitgangspunt zou het project begeleiden; gedurende het project werd alle betrokkenen naar hun ervaringen en morele overwegingen gevraagd, om op basis daarvan de aanpak verder te ontwikkelen en gaandeweg ook antwoorden te vinden op de morele aanvaardbaarheidsvraag.

### Zorgethische benadering

De pd&d-aanpak is moreel beladen en paradoxaal van karakter. Het paradoxale ligt ten eerste in de inzet van dwang (gedwongen detoxificatie) om motivatie bij patiënten op te wekken. Meestal wordt gedacht dat met dwang geen motivatie opgewekt kan worden. Ten tweede probeert men om met een dwanginterventie een afdelingsklimaat van veel agressie, beheersing en dwang om te buigen naar leefbaarder verhoudingen. Patiënten onvrijwillig detoxificeren en hen daarvoor drie maanden op een geïsoleerde afdeling plaatsen is geen sinecure. Van meet af aan was het de vraag in hoeverre deze aanpak paste in het juridische kader rondom dwang en bij de ethische discussie over dwangreductie. We belichten daarom uitgebreid de morele context, de overwegingen en keuzes die een rol speelden, en de redenen waarom er voor welke benadering gekozen is.

In het project wordt dwang gebruikt om een zorgsituatie juist leefbaarder te maken. Het project sluit aan bij bedenkingen die zijn gerezen sinds de Wet Bopz van kracht is. Zo staat bijvoorbeeld vermeld in het advies van het rapport *Beter (z)onder dwang* (1997), dat de dwangcriteria in de Wet Bopz voor psychiatrische patiënten zonder ziekte-inzicht in sommige gevallen te weinig ruimte bieden voor het verlenen van noodzakelijke zorg en behandeling.

Dit project toont hoe men daar momenteel in de praktijk soms mee worstelt. De dwanginterventie richt zich op toename van de ontwikkelingsmogelijkheden van patiënten. Vanuit een zorgethisch perspectief bezien verwachtte men een aanzienlijke verbetering in de familiale en professionele relaties rondom de patiënt; een belangrijke voorwaarde voor de mogelijkheden tot zelfontwikkeling van deze patiënten. Door dwang beoogde men hen opnieuw (behandel)perspectief te geven. In die zin past het project, hoe

paradoxaal ook, goed in de ethische discussies over dwang en drang. Het richtte zich niet primair op reductie van separatie, maar op een (zorgethische) humanisering van zorgcultuur en zorgrelaties – en het hoopte op een forse reductie van separatie als bijkomend positief effect.

## Projectdoelstellingen

Bij aanvang van het pd&d-project bestonden er primaire en secundaire doelstellingen. De eerste en meest algemene doelstelling was ‘grip krijgen op de chaos’. Hieruit blijkt hoezeer men omhoog zat met de situatie die op de afdeling ontstaan was. De tweede was ‘patiënten drugsvrij houden om een cleane diagnose van het psychiatrische ziektebeeld te kunnen vaststellen’. Secundaire doelstellingen hadden betrekking op de behandeling en op de ontwikkeling van de afdeling. Vanuit behandelperspectief stelde men zich ten doel bij gebruikende patiënten het ‘stagnerende ziekteverloop te doorbreken’. Men beoogde dat te doen door de patiënt een regelmatige dagstructuur te bieden en ‘te laten ervaren hoe het is om drugsvrij te zijn’. Dit zou mogelijk ‘interne motivatie opwekken’ en patiënten ‘opnieuw een kans bieden een constructieve behandeling op te pakken’. De verwachting bestond dat patiënten mogelijk ‘buiten de kliniek een leven zouden kunnen opbouwen’.

Vanuit de afdeling waren de doelstellingen het ‘weer op gang brengen van de behandelingseffectiviteit en de doorstroming op de afdeling’. Wanneer bij gebruikende patiënten resocialisatie mislukt, horen die misschien niet op de afdeling thuis (Van Elteren e.a., 2007).

## De interventie: vier fasen

De pd&d-interventie is gaandeweg het project uitgekristalliseerd (zie ook het kader Evaluatieonderzoek) en bestaat nu uit vier fasen. De eerste drie fasen, op de geïsoleerde pd&d-unit, duren ieder ongeveer een maand. In de vierde fase komt de patiënt op de reguliere gesloten Langdurige Zorg/Resocialisatie-unit (LZ/Reso-unit) en is de duur van het verblijf afhankelijk van de progressie van de patiënt. Patiënten van buiten de Mondriaan Zorggroep worden na fase 3 teruggeplaatst naar de verwijzende afdeling.

1. *Detoxicatiefase*. Uitwerking eventuele ontwenningssverschijnselen en stabilisering in toestandsbeeld zonder drugsvertroebeling. Er worden weinig eisen aan de patiënt gesteld. Hij/zij kan tot rust komen en de staf investeert

in (het herstellen van) het vertrouwen met de patiënt. Er wordt geen bezoek toegelaten.

2. *Behandelfase*. Fine-tuning psychofarmaca en opstellen nieuwe behandelplannen. De patiënt wordt psychologisch onderzocht en krijgt het aanbod om de behandeling weer op te pakken. Familie mag op bezoek komen en wordt actief bij de behandeling betrokken om de relaties met hen te verstevigen. Het weer ‘bieden van perspectief’ aan de gestagneerde gebruikende patiënten met een RM terwijl zij een periode drugsvrij zijn, is cruciaal en wordt gezien als dé motiverende factor om patiënten in beweging te krijgen. Daarom wordt patiënten naar hun (toekomst)wensen gevraagd en worden behandelplannen daarop gericht.

3. *Vorbereiding-voor-herstartfase*. De derde fase bereidt de patiënt voor op een herstart buiten de pd&d-unit. Het behandelplan wordt uitgebouwd en de overgang wordt voorbereid, onder andere door uitstapjes onder begeleiding met een gericht doel.

4. *Evaluatiefase*. In deze vierde fase komt de patiënt weer terug op de gewone gesloten afdeling. Indien haalbaar krijgt hij/zij meer verantwoordelijkheden en vrijheden, zodat hij/zij kan tonen echt gemotiveerd te zijn en aan te kunnen wat in het behandelplan is afgesproken. Na zes weken wordt het behandelplan geëvalueerd, en wordt besloten of het voortgezet dan wel aangepast moet worden, of dat resocialisatie onmogelijk is en langdurige zorg de juiste plaats voor de patiënt is.

Behoudens de plaatsing onder dwang is de behandeling meer te typeren als drang: patiënten worden aangespoord, maar niet meewerken is niet zonder consequenties. Door hen weer kansen en eigen verantwoordelijkheden te bieden, worden ze in een positie geplaatst waar er weer iets te winnen of te verliezen valt. Plaatsing naar langdurige zorg (LZ) is voor veel patiënten een schikbeeld (het eindstation) en werkt aldus als stok achter de deur.

## Het ontwikkelingsproces

Het evaluatieonderzoek bracht het ontwikkelingsproces van het project in kaart, dat nogal dynamisch verliep. Iedereen had wel plannen en wist dat de oude werkwijze van afdeling 3a niet werkte, maar ideeën over hoe het wel moest waren nog maar ten dele doordacht en moesten in de praktijk ontwikkeld en getoetst worden. De dynamiek laat zich beschrijven aan de hand van vier perioden. Voor alle duidelijkheid: eerder zijn vier *fasen in de behandeling* beschreven, zoals die door het afdelingsteam zijn gedefinieerd. Deze paragraaf schetst de ontwikkeling van het project in vier *perioden*, zoals door de evaluatieonderzoekers waargenomen.

### Het evaluatieonderzoek

De bedoeling van het pd&d-project was om op basis van ervaringen en zich aandienende vragen gaandeweg een op de praktijk aansluitende aanpak te ontwikkelen. De Universiteit Maastricht werd benaderd om het project te evalueren, vanwege hun ervaring met 'formatief praktijkondersteunend onderzoek'.<sup>4</sup> Zulk onderzoek heeft als doel om niet achteraf maar tijdens de ontwikkeling van een interventie te volgen of de aanpak aan de verwachtingen voldoet; men wil weten hoe groot de kans is dat de doelen gehaald worden en die kans eventueel verhogen door bijstellingen. De centrale evaluatievraag was welke bedoelde en onbedoelde effecten zichtbaar zouden worden. Het was vooral de bedoeling om de afdeling te ondersteunen bij het realiseren van een cultuuromslag.

Het evaluatieonderzoek volgde een 'responsieve benadering'. Dit behelst het opzetten van een systematisch dialogisch leerproces tussen alle belanghebbenden (Abma & Widdershoven, 2006). Dit gebeurt door eerst ervaringen en kwesties vanuit alle perspectieven apart te inventariseren en uit te diepen, en daarover vervolgens dialoog te voeren tussen de verschillende betrokken partijen. Dit kan leiden tot een verhoogd (wederzijds) begrip en een actieagenda om de praktijk verder te verbeteren. In deze evaluatie zijn naast de professionele perspectieven van behandelaren, verpleegkundigen en managers, nadrukkelijk ook die van patiënten en familieleden systematisch meegenomen. Zo werd de mogelijkheid geschapen het project gaandeweg bij te sturen en werd inzicht verkregen in het verloop en de beoogde en onbeoogde effecten van de pd&d-aanpak.

**Tabel 1** Begeleidend evaluatieonderzoek

Sept. 2007 - nov. 2007	Vooronderzoek: scheppen voorwaarden en sociale condities voor evaluatie; verkenning issues en belangen van verschillende betrokkenen.	Participerende observatie op afdeling (meerdere dagen per week), inclusief alle structurele en ad hoc staf-overleggen en dagelijkse overleggen in de patiëntengroep. Diepte-interviews diverse professionals (totaal:12).
Dec. 2007 - sept. 2008	Uitdiepen issues en belangen van betrokkenen; beschrijven project ontwikkelingen; faciliteren gezamenlijk leerproces tussen diverse betrokkenen.	Voortzetting participerende observatie op afdeling en overleggen Diepte-interviews diverse professionals (20), en familieleden (6); <i>on-the-fly</i> (log-boekgenoteerde) 'interviews' patiënten (totaal: 5 patiënten zijn intensief gevolgd, 12 minder intensief). Homogene focus/werkgroep verpleegkundig team (totaal: 8), behandelteam (4), project-management (2). Heterogene focusgroep stafleden (2).
Okt. 2009 - jan. 2010	Integratie en borging evaluatiebevindingen in afdelingsprocessen en behandelprocedures	Homogene focus/werkgroep verpleegkundig team (3). Heterogene focusdagen multidisciplinair team (2). Heterogene focusgroep projectmanagement (1). Heterogene focusgroep gehele afdelingsstaf (1).

### **De eerste periode – een sterke start**

Na instemming van de ouders ('de laatste kans', 'dit had veel eerder moeten') zijn op 10 september 2007 de tussen de twee afdelingsgangen geplaatste sluisdeuren gesloten, en is het project ritueel gestart door met een drugshond de afdeling te doorzoeken. Daarna zijn zeven patiënten die aan de selectiecriteria voldeden (RM, edoch gereede behandelingshoop) onvrijwillig op de pd&d-unit geplaatst. Aggressie en juridische klachten bleven uit. Er werd meteen gestart met een ander therapeutisch milieu, het 'Token Economy System', waarin niet het bestraffen van ongewenst, maar belonen van goed gedrag centraal staat. Dit om patiënten weer positief te stimuleren en bij de staf een andere houding naar patiënten te bewerkstelligen.

Patiënten klaagden wel veel, maar waren ook duidelijk meer ontspannen en aanspreekbaar. Naar ieders verrassing ontstond een onderling sociaal omgangsklimaat. En hoewel het geschade vertrouwen door de omgangsgeschiedenis met veel dwang nooit geheel verdween, werden patiënten geleidelijk ook weer socialer jegens de staf. Je zag hun motivatie en zelfvertrouwen groeien. Zij kregen het gevoel dat er voor hen toch nog iets mogelijk was.

Medewerkers waren blij verrast over de ongekende rust en het overzicht op de afdeling. Verpleegkundigen leefden op door wat zij noemden 'weer echt met het vak bezig te zijn'. Het hervinden en uitdiepen van wat goede verpleegkundige zorg is (zowel in termen van bejegening als begeleiding) bleef een constant thema. Daarnaast was ook familie content 'eindelijk weer eens een normaal gesprek te kunnen voeren'. In deze eerste anderhalve maand groeide het vertrouwen in de patiënten en in de pd&d-aanpak, en werden de eerste drie fasen van de behandelingsstructuur ontwikkeld.

### **De tweede periode – vertrouwen door succes**

Een nieuwe periode begon toen de patiënten de behandeling boven verwachting goed bleken op te pakken, en mogelijk zelfs de kliniek zouden kunnen gaan verlaten. Vijf van de zeven patiënten knapten zichtbaar op; de andere twee toonden ook zonder drugs ernstige ziekteverschijnselen. De eerste vijf hadden, eenmaal drugsvrij en goed ingesteld op medicatie, nauwelijks psychotische klachten. Bij behandelaren bleven steeds wel vragen bestaan over hun motivatie – 'zeggen ze niet alles om maar uit de kliniek weg te kunnen' – en over hun eigen inschatting van hun capaciteiten, maar ze wilden hen de kans bieden. De secundaire, behandelinhoudelijke projectdoelen kwamen op de voorgrond en de vierde behandelingsfase werd ontwikkeld.



Tussen de eerste vijf succesvolle patiënten ontstond een opmerkelijke groepsdynamiek; ze waren allen trots dat ze niet meer gebruikten. Na enige tijd begon een van hen toch aan softdrugs; hij was daarin volhardend en is toen overgeplaatst naar een zorgpension waar gecontroleerd gebruik is toegestaan. Drie anderen zijn met ontslag naar hun ouderlijk huis gegaan. De vijfde patiënt ging naar een resocialisatiewoning op het terrein van de kliniek. Er heerste een gevoel van succes.

Een punt van zorg was de overplaatsing van de twee ernstig zieke patiënten naar de reguliere gesloten afdeling. Ook was het de vraag of er voldoende doorverwijzingen naar de pd&d-unit zouden komen. Toen de laatste twee geschikte patiënten van afdeling 3a naar de pd&d-unit waren overgeplaatst, werd de unit afhankelijk van externe plaatsingen. Toch overheerste het gevoel van succes en vertrouwen in de nieuwe aanpak. Het basisprincipe van de behandelaanpak leek te werken. Vijf lang gestagneerde patiënten zaten weer op een resocialisatiekoers buiten de gesloten afdeling, en bovendien was het isoleercelgebruik afgenomen met 75%.

### **De derde periode - nieuwe uitdagingen**

Na deze eerste twee projectperioden kreeg het team nieuwe uitdagingen. De instroom van patiënten van andere afdelingen bracht een diverse populatie en ook wat tegenvallende behandelresultaten. Het meest ter discussie stond de overplaatsing in behandelfase vier naar de LZ/reso-unit. Net gedetoxificeerde patiënten kwamen dan tussen LZ-patiënten met weinig perspectief die veel drugs gebruikten. In tegenstelling tot de eerste lichting patiënten (wier positieve groepsdynamiek hen door behandelfase vier loodste) bleken steeds meer patiënten snel terug te vallen in gebruik en ontstond er tussen een aantal patiënten nu een negatieve groepsdynamiek van drugsgebruik en dealen. Dit trok een wissel op de staf en op het vertrouwen dat zij hadden gekregen in de behandelaanpak. Ook had dit weerslag op de patiënten die nog in detoxificatie waren. Terwijl de eerste lichting patiënten niet kon wachten om naar behandelfase vier te gaan, bleken zij die overgang nu te vrezen. Een synchrone motivatie en vertrouwensterugval bij patiënten en medewerkers werd zichtbaar.

### **De vierde periode - individualisering, vervolgplanning**

Om deze crisis, die zowel zijn wissel trok op de pd&d-unit als op de reso-unit, te beteugelen werden de vier meest overlast veroorzakende patiënten onverrichter zake ontslagen. Daarop zijn enkele multidisciplinaire reflectie bijeenkomsten belegd. De teamleden vonden de setting op de pd&d-unit verre van ideaal en follow-upmogelijkheden te beperkt. Ook vonden ze dat de behandelaanpak verder verfijnd moest worden. Men was van oordeel dat alleen

gerichte individuele behandeldoelen deze patiënten de motivatie zouden geven om drugs te laten staan, en dat daarom een meer geïndividualiseerde behandeling en meer patiëntondersteunende structuren nodig waren. Tegelijkertijd zou meer gebruikgemaakt moeten worden van groepsdynamiek. De vierde projectperiode kan getypeerd worden als een nieuwe afstemming van verwachtingen en het maken van vervolgplannen. Kern daarvan was de beslissing om individuele behandelplannen tot leidend principe in de afdelingsroutines en de behandeling te maken, terugvalpreventie nog centraler te stellen en daarnaast versterking van groepsgevoel te bewerkstelligen. De eerste ervaringen daarmee bleken positief.

## **Behandelresultaten**

Tot op heden zijn 24 patiënten in de pd&d-behandeling opgenomen geweest. Van de vijftien patiënten wier pd&d-behandeling is afgesloten, zijn er drie naar het ouderlijk huis ontslagen, twee naar een zorgpension en één naar begeleid wonen. Verder zijn er twee op de wachtlijst voor Langdurige Zorg op afdeling 3a geplaatst, één op de gesloten Langdurige Zorg op afdeling 2a, twee terug naar de verwijzende instelling en vier onverrichter zake met ontslag.

## **Conclusies en discussie**

Als we terugkijken, zien we een ontwikkeling die zich vooral goed laat begrijpen in zorgethische termen. Het is een verhaal over perspectief en hoop, zich hernieuwende sociale relaties, rollen en identiteiten, en oplevende morele betrokkenheid. Betrokkenheid van patiënten bij hun eigen leven en zelfwaarde, en van stafleden bij het welzijn van patiënten en bij het bieden van goede zorg. Een verhaal dat ook wordt uitgedrukt in het motto 'van beheersen naar behandelen en begeleiden' van een team dat haast vergeten was hoe behandeling en begeleiding uitgevoerd moesten worden. Terugkijkend wordt ook goed zichtbaar dat de onderlinge steun en het vertrouwen binnen het project erg belangrijk was voor de motivatie. Dit geldt zowel voor de patiënten onderling als voor medewerkers onderling, en tussen beiden over en weer.

Tabel 2 Overzicht behandelingsresultaten van vijftien behandelde patiënten

	Succes- indicatie	Duiding behandel­effect
<b>EERSTE LICHTING</b>		
<b>Ouderlijk huis</b>	++	Nu elf maanden thuis, onverwacht herstel, therapietrouw, fris verzorgd
	+	Nu elf maanden thuis, therapie gestopt, wel gebruik vermoed
	+/-	Na vijf maanden korte heropname en weer naar huis, gewonnen ziekte-inzicht
<b>Zorgpension</b>	++	Nu tien maanden in zorgpension, is daar toppatiënt geworden, fris & herboren
<b>3a, wachtlijst LZ</b>	+	Alleen nog softdrugs, geen agressie meer, bij de les
	++	Minimaal gebruik, sterk herstel familiecontact, weer levendig
<b>Disciplinair ontslag</b>	-	Leek lang beloftevol, echter niet in beweging te krijgen en gebruiksterugval
<b>TWEEDE LICHTING</b>		
<b>Begeleid wonen</b>	++	Nu vier maanden in BW, Pddnos patiënt, spectaculair herstelproces
<b>Andere instelling</b>	+/- ?	Bekend als probleempatiënt, aangetoond zonder drugs hanteerbaar
	+/- ?	Onbekend, drugsgebruik op redelijk niveau gehouden?
<b>Zorgpension</b>	+	Nu vier maanden zorgpension, gekozen voor activeringstraject, doet het goed
<b>LZ afdeling 2a</b>	+	Wilde nooit behandeling, zit nu op passende afdeling
<b>Disciplinair ontslag</b>	-	Geen vertrouwensopbouw / geen afspraken mee te maken
	-	Geen vertrouwensopbouw / geen afspraken mee te maken
	-	Leek op pd&d-unit beloftevol, terugval in fase 4

De primaire doelstellingen van het pd&d-project zijn haalbaar gebleken ('grip krijgen op de chaos' en patiënten drugsvrij houden om een cleane diagnose van het psychiatrische ziektebeeld te kunnen vaststellen'). Daarmee ontstond ruimte voor de secundaire doelen: 'stagnerende ziekteverloop te doorbreken', 'laten ervaren hoe het is om drugsvrij te zijn', 'interne motivatie opwekken' en patiënten 'opnieuw een kans bieden op een constructieve behandeling'. Veel patiënten bleken na detoxificatie ontvankelijker voor behandeling. In hoeverre dat in de follow-up continueerde, bleek afhankelijk van de mate waarin motivatie en zelfvertrouwen intact bleef, en waarin gebruiksterugval voorkomen werd. De snelle terugval van patiënten in de derde projectperiode heeft de haalbaarheid van die behandel­doelen bij nieuwe patiëntengroepen ter discussie gesteld. Met de behandelaanpassingen leken die doelen opnieuw in zicht te komen.

### **Sociale effecten**

De opmerkelijkste effecten lagen op sociaal vlak. Een voorbeeld was de groepsidentiteit van de eerste lichting: gezamenlijk trots dat ze geen drugs meer gebruikten. Dit leek echter een negatief effect te hebben op de groepsdynamiek tussen enkele latere patiënten. Een verklarende factor voor het succes bij de eerste lichting patiënten was de onderlinge steun en het vertrouwen dat zij elkaar gaven. Patiënten spraken over een toegenomen gevoel van zelfstandigheid, identiteit en zelfwaardering. Zowel patiënten als ouders waren blij met de verbetering van onderlinge relaties. Opmerkelijk was ook de afname van agressie op de afdeling en de sterke vermindering in het gebruik van separaties. Voorts was men tevreden over de verandering bij de succesvolle patiënten: van een LZ-prognose naar een verblijf van een klein jaar (in remissie) buiten de kliniek. Enkele patiënten zijn overgeplaatst naar een voor hen beter geschikte voorziening, en enkele zeer zieke psychotische patiënten bleken hun gebruik beter in de hand te hebben.

Zoals besproken roept de snelle terugval bij een aantal latere patiënten vragen op. Gericht gebruik van groepsdynamiek en ondersteunende interventies vormen een mogelijk antwoord. Ook individuelere doelgerichte behandelplanning, terugvalpreventie, psycho-educatie en het meer betrekken van de patiënt bij diens behandeling kunnen bijdragen. In termen van houding en interactie heeft er op de afdeling een omslag plaatsgevonden 'van beheersen naar behandelen'. De opgave voor de komende tijd is de stap te maken naar 'begeleiding van en overleg met de patiënt'.

### **Effectiviteit of Hawthorne-effect?**

Of de behandelresultaten blijvend zijn, is een vraag die pas goed beantwoord kan worden na een langere periode. Het blijft een patiëntengroep met als meest realistische prognose een jarenlange (hopelijk) gestage verbeteringsroute met (vaak) nog diverse terugvalepisodes. Patiënten gaven aan een gewoon leven te willen opbouwen (werk en een vaste relatie), maar de vraag rijst of dat niet voor velen te hoog gegrepen zal blijken. Ook zijn doorstroom- en follow-upmogelijkheden beperkt. Een discussiepunt is tevens of het relatieve succes van de eerste lichting niet is beïnvloed door de band die patiënten onderling al hadden. We denken dat dit inderdaad een rol heeft gespeeld, en het onderstreept het belang om het groepsgevoel te stimuleren. Ook heeft de nare sfeer op de oude afdeling een rol gespeeld. Dit motiveerde patiënten extra om de behandeling weer op te pakken. Het opwekken van motivatie verdient bij andere lichten patiënten daarom extra aandacht. De effectiviteit van de aanpak kan ook beïnvloed zijn door het Hawthorne-effect: louter het meedoen aan een nieuwe activiteit kan al positieve resultaten opleveren, ongeacht de interventie. Het onderzoek heeft in

feite te kort gelopen om dit te weerleggen, in ieder geval op het gebied van de behandelresultaten. Het is echter evident dat de afdelingscultuur in belangrijke mate veranderd is. Naast de gedwongen ingreep staat daar nu een team dat gericht is op behandelen, niet slechts op controleren en beheersen.

### **Dwang, ethiek en rechtvaardiging**

269

Hoe kan de interventie worden beoordeeld vanuit ethisch perspectief? Patiënten worden geïsoleerd zonder dat er direct gevaar is. Vanuit een benadering van autonomie als zelfbeschikking is dit problematisch. Vanuit autonomie begrepen als zelfontwikkeling ligt dit anders (Widdershoven e.a., 2007). Als het erom gaat patiënten meer greep op hun leven te geven, kan de interventie positief worden beoordeeld (Verkerk, 2001). Patiënten voelden zich gemotiveerd om aan zichzelf te werken en hielpen elkaar. Hun eigenwaarde en identiteitsgevoel leefden op. De identiteit van de zorgverleners veranderde eveneens: van bewakers naar begeleiders. Ze creëerden een zorgomgeving van toegankelijke en constructieve relaties waaraan deze patiënten grote behoefte hebben en die ze zelf niet goed kunnen opbouwen. Dat wil niet zeggen dat er geen kritische kanttekeningen te plaatsen zijn.

Zo kan men de vraag stellen of het ontwikkelperspectief voldoende recht doet aan de beperkingen van de patiënten. Zij worden gemotiveerd om hun leven actief vorm te geven, maar hoeveel mogelijkheden hebben ze daartoe? Een ander punt is of de in gang gezette individuele aanpak voldoende ruimte laat voor de ondersteuning die patiënten elkaar kunnen geven bij de toename van zelfontplooiing. Het is immers gebleken dat patiënten elkaar tot steun kunnen zijn. Werken aan een positief groepsgevoel dient in dat opzicht een onderdeel van de behandeling te zijn.

Het toepassen van dwang in de psychiatrie is altijd omstreden, en moet dat ook blijven. Maar soms is dwang te prefereren boven het continueren van een situatie zonder perspectief voor patiënten en zorgverleners. Wanneer dwang patiënten motiveert om op een andere manier naar zichzelf te kijken en aan zichzelf te werken, kan de interventie gerechtvaardigd zijn, omdat het er niet om gaat via beheersing greep op de chaos te krijgen, maar via motivatie en samenwerking een nieuw perspectief te ontwikkelen.



## Noten

- 1 *Psychopraxis*, jaargang 2007 (februari)
- 2 In dit artikel wordt de term patiënt gebruikt in plaats van cliënt, in aansluiting op het in de Mondriaan Zorggroep gangbare taalgebruik
- 3 Landelijk bestaan er verschillende zogeheten ‘dubbele-diagnoseklinieken’ met elk een eigen aanpak en enkele daarvan zijn gespecialiseerd in specifieke doelgroepen. Zo zijn er de Loodds in Rotterdam (Delta Ziekenhuis), de dd-kliniek in Castricum (Dijk en Duin), de dd-kliniek in Wolfheze (IrisZorg), in Amsterdam een dd-kliniek speciaal voor jongeren (JellinekMentrum) en in Den Haag voor ouderen (Parnassia).
- 4 De auteurs zijn het afgelopen jaar overgegaan van de Universiteit Maastricht naar het VU medisch centrum in Amsterdam.

## Literatuur

- Abma, T., & Widdershoven, G.A.M. (2006). *Responsieve methodologie. Interactief onderzoek in de praktijk*. Den Haag: Lemma.
- Elteren, A. van, Widdershoven, G.A.M., & Abma, T. (2007). Afkicken achter slot en grendel een alternatief in de psychiatrie?, Rapportage vooronderzoek. (niet uitgegeven intern projectdocument)
- Stel, J. van der (2002). Verslavingszorg en psychiatrie. Pleidooi voor het afschaffen van grenzen. *Psychopraxis*, 5, 232-235.
- Verkerk, M.A. (2001). Over drang als goed zorgen: een zorgethische benadering. *Tijdschrift voor Geneeskunde en Ethiek*, 11, 4, 101-106.
- Widdershoven, G.A.M., & Abma, T.A. (2008). Hulp en dwang vanuit zorgethisch perspectief. *Justitiële verkenningen*, 34, 3, 68-78.

## Samenvatting

A. van Elteren, T. Abma, M. Vossen, & G. Widdershoven ‘Motivatie door dwang en drang. Gedwongen detoxificatie in de psychiatrie’

► Op een afdeling van de Mondriaan Zorggroep is men in 2007 gestart met een gedwongen behandeling ‘psychiatrische diagnose en drugs’ (pd&d) voor psychiatrische patiënten met een Rechterlijke Machtiging, bij wie door drugsgebruik de behandeling ernstig belemmerd wordt. Door drugs (tijdelijk) uit te sluiten beoogt men de patiënten te motiveren om weer behandeling te accepteren en de overlast die deze patiëntencategorie veroorzaakt, te verminderen. Deze nieuwe aanpak heeft een paradoxaal karakter: middels een zware dwanggreep (gedwongen detoxificatie) poogt men patiënten (zo mogelijk) weer op interne motivatie en eigen verantwoordelijkheden aan te spreken. Dit artikel doet verslag van de eerste resultaten en het procesverloop van het pd&d-project. Tevens wordt ingegaan op de ethische aspecten van deze vorm van dwang.

## Personalia

Drs A.H.G van Elteren (1967) is onderzoeker van de afdeling Metamedica VU medisch centrum, Amsterdam.  
a.vanelteren@vumc.nl

Dr T. Abma (1964) is universitair hoofddocent afdeling Metamedica VU medisch centrum.

M. Vossen (1969) is programmaleider en unitmanager bij de Mondriaan Zorggroep, Limburg.

Prof. dr G. Widdershoven (1954) is hoogleraar medische filosofie en ethiek afdeling Metamedica, VU medisch centrum.

Reageer op dit artikel via

[www.trimbos.nl/mgv](http://www.trimbos.nl/mgv)

# Geen dressuur maar opvoeding

August Stärcke en de actievere therapie

**Begin twintigste eeuw was er voor patiënten in het psychiatrisch ziekenhuis helemaal niets te doen. Hierin kwam verandering door de actievere therapie, die de weg bereidde voor de huidige rehabilitatiebeweging. Een van de voortrekkers, psychiater August Stärcke, krijgt eindelijk erkenning.**

In de Nederlandse inrichtingspsychiatrie vervulde de zogenaamde ‘actievere therapie’, de Nederlandse variant van de Duitse ‘Aktivere Krankenbehandlung’, vanaf eind jaren twintig tot begin jaren zestig een belangrijke rol (Simon, 1929). Deze therapie droeg bij aan de humanisering van de psychiatrische inrichtingen. De methode hield in dat patiënten door middel van arbeid en andere gemeenschappelijke bezigheden onder toezicht van verplegenden verantwoordelijkheidszin en sociale vaardigheden aanleerden. Precies zoals heden ten dage in de presentie-, herstel- en rehabilitatiebeweging wel wordt bepleit, zouden niet hun gebreken, maar hun nog aanwezige ontwikkelingsmogelijkheden centraal moeten staan. Verplegenden kregen tot taak deze mogelijkheden te signaleren en verder uit te bouwen, daarbij steeds aansluitend bij de voor- en afkeuren van de betreffende patiënten. De therapie kreeg in Nederland dus een specifieke, vooral sociaal-pedagogische invulling. In de geschiedschrijving van de Nederlandse inrichtingspsychiatrie geldt Willem Matthias van der Scheer (1882-1957) als de pleitbezorger en vormgever van de Nederlandse variant van de actievere therapie. Maar ook de psychiater en psychoanalyticus August Stärcke (1880-1954) heeft een belangrijke bijdrage geleverd aan de ontwikkeling van de actievere therapie in Nederland. In dit artikel zetten wij uiteen wat zijn bijdrage inhield en waarom deze, naar ons idee onterecht, onderbelicht is gebleven.

## Een vergeten artikel

In 1926 en 1927 verschenen in Nederlandse tijdschriften voor verplegenden twee artikelen over de ‘actievere therapie’ zoals die was ontwikkeld door de Duitse psychiater Hermann Simon (1867-1947) in het gesticht te Gütersloh in Westfalen (Le Rütte, 1926; Van der Scheer, 1927). In een van die artikelen deed Van der Scheer verslag van zijn bezoek aan Gütersloh en zijn ervaring met de actievere therapie in het Provinciaal Ziekenhuis te Santpoort, waarvan hij op dat moment geneesheer-directeur was. Volgens hem verschilde de in Gütersloh toegepaste methode van de arbeidstherapie die in Nederlandse inrichtingen al langer in zwang was. Werken was in Gütersloh geen doel op zich; het ging erom patiënten onder intensieve begeleiding voortdurend bezig te houden in een sfeer van orde, rust, stilte en saamhorigheid, waarbij zij door middel van systematisch toegediende aangename en onaangename prikkels tot het gewenste sociale gedrag werden gebracht. Op die manier konden de storende en ontwrichtende symptomen van krankzinnigheid zo veel mogelijk worden uitgebannen en zouden er geen dwangmiddelen meer nodig zijn. Dit was met recht ‘therapie’.

Eind 1926 hield Van der Scheer voor de Nederlandsche Vereeniging voor Psychiatrie en Neurologie (NVPN) een voordracht over deze ‘actievere therapie’, die later verscheen in de *Psychiatrische en Neurologische Bladen* (1928). Met zijn in 1933 gepubliceerde boek *Nieuwere inzichten over de behandeling van onrustige geesteszieken* vestigde Van der Scheer, inmiddels sinds 1930 hoogleraar psychiatrie in Groningen, definitief zijn reputatie als voorvechter van de actievere therapie. In de inleiding van dit boek vermeldde hij expliciet een aantal mensen van wie hij citaten had gebruikt, onder wie als eerste



*August Stärcke en zijn echtgenote Minnie Koch in 1940  
bij het huwelijk van hun zoon.  
Met dank aan P.A.M. Stärcke.*



Hermann Simon zelf. Ook van de publicaties van andere artsen, onder vijf Nederlanders ook Stärcke, had hij ‘dankbaar gebruik’ gemaakt. Hij wenste dan ook ‘geen aanspraak op oorspronkelijkheid’ te maken (p. 5-7). Dat hij dit als uitgangspunt vermeldde, ontsloeg hem kennelijk van de plicht tot een correcte verwijzing op de plaatsen waar hij mensen citeerde, want zijn verwijzingen waren zeer onduidelijk. Waar het Stärcke betrof vermeldde hij alleen in zijn literatuurlijst een artikel in het *Nederlandsch Maandschrift voor Geneeskunde* van december 1930 (p. 185). Op de enige twee plaatsen waar hij correct een voetnoot plaatste, gaf hij aan dat hij het op die bewuste pagina met Stärcke oneens was betreffende een punt aangaande het cruciale belang van de arbeid (p. 108 en p. 132). Op een los bij het boek gevoegd vel met Errata stond vervolgens vermeld dat Stärcke had laten weten dat hij verkeerd geïnterpreteerd was.<sup>1</sup>

Dit alles maakte ons nieuwsgierig naar de inhoud van Stärckes artikel en wij gingen ernaar op zoek. Stärcke, die reeds vanaf 1909 als afdelingsgeneesheer werkzaam was in de Willem Arntsz Hoeve, waar zijn schizofrene zoon opgenomen was, geniet onder historici vooral bekendheid als psychoanalyticus en sociologisch georiënteerde psychiater.

Tot onze niet geringe verbazing troffen wij het artikel van Stärcke niet aan op de door Van der Scheer vermelde vindplaats. Het was niet verschenen in december 1930, maar in 1931, in de zeventiende jaargang van het *Nederlandsch Maandschrift voor Geneeskunde*, op pagina 313-367. Niet alleen herkenden wij in deze 54 pagina’s tellende tekst de structuur van Van der Scheers eigen boek en kwamen wij exact dezelfde artsen als ‘inspiratiebronnen’ tegen, ook bleken enkele zeer frequent door historici geciteerde en aan Van der Scheer toegeschreven passages identiek in Stärckes artikel voor te komen. Ook in andere opzichten verraste het artikel ons: naast enkele nieuwe somatische kuren als de ‘koortsbehandeling der paralyse’, de ‘somniafenkuur’ en de ‘hormoonbehandeling’ besteedde Stärcke 39 pagina’s aan de actievere therapie, die hij aanduidde met de termen ‘actieve gemeenschapstherapie’ of ‘verantwoordelijkheidstherapie’. Van deze therapie was hij, zoals hij schreef, ‘nog tot overloopen toe vol’ (p. 324). In het slotwoord pleitte Stärcke voor eenpersoonskamers, zodat patiënten elkaar niet langer (fysieke of psychische) schade konden toebrengen, voor een drastische uitbreiding van de personele bezetting van inrichtingen en voor ‘klinisch-analytische afdelingen’, een soort psychotherapeutische gemeenschappen avant la lettre, waar ook de verplegenden die er werkten een psychoanalyse zouden moeten ondergaan (p. 357). Bepaalde gedragingen van chronische patiënten duidde hij aan als ‘gestichtsartefacten’. Kortom: Stärckes omhelzing van de actievere therapie leek verband te houden met zijn psychoanalytische achtergrond en zijn sociale visie op krankzinnigheid als een verstoorde verhouding tussen individu en samenleving.

Stärckes artikel is tot nu toe vrijwel onopgemerkt gebleven, zowel onder tijdgenoten als onder historici, waardoor zijn visie op en bijdrage aan de actievere therapie onderbelicht is. Daardoor is een eenzijdig beeld van de rol van de actievere therapie in de Nederlandse inrichtingspsychiatrie ontstaan. Zo is deze bijvoorbeeld te sterk voorgesteld als een vorm van behavioristische conditionering (zie bijvoorbeeld Blok, 1997; De Goei, 2009). Waarom is Stärckes artikel genegeerd? Afgezien van het feit dat het *Nederlandsch Maandschrift voor Geneeskunde* minder bekend en lastiger traceerbaar was en is dan het *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*, lijkt het erop dat Van der Scheer de basis voor deze vergetelheid heeft gelegd. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat Stärcke het manuscript van zijn artikel eind 1930 aan Van der Scheer heeft laten lezen en dat Van der Scheer naar dit manuscript verwees. Een tweede verklaring is dat Van der Scheer zijn boek van 1933 publiceerde onder vermelding van zijn hoogleraarstitel en andere titels op het voorblad, en zo figureerde als gezaghebbende autoriteit. Mogelijk heeft de openlijke vermelding van zijn meningsverschillen met Stärcke met zich meegebracht dat slechts weinig tijdgenoten en historici aanleiding zagen Stärckes artikel op te zoeken. De foutieve referentie van Van der Scheer is vervolgens ook door anderen, kennelijk zonder het artikel gelezen te hebben, overgenomen.<sup>2</sup>

### **Actieve gemeenschapstherapie en aanwijzingen voor de verpleging**

Geïnspireerd door Van der Scheers voordracht in de NVPN, had ook Stärcke zich in 1927 door middel van een bezoek aan Gütersloh op de hoogte gesteld van de praktijk van de actievere therapie. Hoewel hij aanvankelijk vreesde dat het hier om ‘Pruisische dressuur’ ging, kwam hij ‘bekeerd’ terug en voerde de methode direct op zijn eigen afdeling in. Hij begon zijn uiteenzetting over de actievere therapie met een cynische schets van de inrichtingspsychiatrie zoals hij daarmee aan het begin van zijn loopbaan was geconfronteerd.

- Men werd gestichtsarts, omdat daar een behoorlijk laboratorium was,
- en een bibliotheek met een aardig aantal tijdschriften. Als jongste
- geneesheer lag daar je hoofdtaak. Voorts had men een afdeling
- patiënten, maar die hadden voor den arts vooral belang terwille van
- de wetenschap. Pas na hun dood wekten zij de volle belangstelling,
- dan werden de hersenen met zorg bewerkt. Tijdens het leven
- waren hunne handelingen óf normaal, en dus niet interessant, of
- verward en onbegrijpelijk, en dan werd het maken van eene zeer
- uitvoerige ziektegeschiedenis in de plaats gesteld van therapeutische
- pogingen, die toch teleur stelden. Van begrip van den samenhang

- . tussen symptoom en oorzaak was daarbij weinig sprake; de epikrise
- . culmineerde in eene diagnose die weinig meer was dan een etiket van
- . alleen heuristische waarde. Beter werden zij toch zelden, krankzinnig
- . was vrijwel synoniem met ongeneeslijk, en als zij herstelden had
- . men den verlammenenden indruk dat men zelf weinig anders had
- . bijgedragen dan toezicht op de verpleging. [...] Een vluchtige blik op
- . de geschiedenis der krankzinnigenverpleging toont reeds dat aan
- . die identificatie veel heeft gehaperd. De zorg voor zielszieken was
- . vooral tégen hen gericht en bestond uit opsluiting der patiënten en
- . beveiligingsmaatregelen tegen door hen veroorzaakte stoornissen.
- . Voor hun lichamelijk welzijn werd binnen zekere perken gezorgd,
- . voor het overige werd gezorgd voor goede opsluiting. Was dit niet
- . voldoende dan werden steeds sterkere dwangmaatregelen noodig.
- . (Stärke, 1931, p. 324-325)

Naast Freuds psychoanalyse, waardoor er aandacht was gekomen voor de uitingen en de beleving van patiënten, had de actievere therapie volgens Stärke voor een doorbraak gezorgd, maar daarin vormde zijns inziens niet zozeer de reeds langer in Nederlandse gestichten gangbare arbeid door de patiënten het revolutionaire element. ‘Juist het onafgebrokene van het in gemeenschap met anderen verkeer is het therapeutisch principe’, zo stelde hij (1931, p. 359). Met de door hem geïntroduceerde termen ‘actieve gemeenschapstherapie’ en ‘verantwoordelijkheidstherapie’ benadrukte hij dat de innerlijke gezindheid van zowel patiënten als verplegenden voorop moest staan (p. 332). Het ging hem om de opvoeding van zowel patiënten als personeel tot verantwoordelijkheid en gezinnszin, en daarbij vormde arbeid (en de daarmee verbonden conditionering en ‘dressuur’) slechts een van de middelen. Gemeenschappelijke ontspanning, gymnastiek, sport en spel, muziek, zang en dans konden hetzelfde effect teweegbrengen. Cruciaal hierbij was de inzet van verplegenden en hem was gebleken dat zij openstonden voor deze therapie.

- . In het algemeen is het mijn ervaring dat het verplegend personeel,
- . eenmaal voor den nieuwen koers gewonnen, zich met een heilig
- . vuur daaraan geeft. Wie zich over gebrek aan medewerking van zijn
- . personeel meent te moeten beklagen mag de oorzaak in de eerste plaats
- . bij zichzelf zoeken. (Stärke, 1931, p. 345)

Een verpleger in de Willem Arntsz Hoeve kreeg in het bijzonder lof van hem toegezwaard.<sup>3</sup>

- . Men zou zijn oogen niet gelooven als men daar 40 mannen van het
- . onrustig paviljoen, waarbij scheurders, smeeders, onzindelijken,
- . aggressieve elementen, in de rij ziet staan, vrije en ordeoefeningen
- . doende. Alle tafels weg, aan het eind der zaal de eerste verpleger,
- . staande op een tafel als voorwerker, in hemdsmouwen. Commando
- . door een andere verpleger, om beurten. En het heele personeel, zusters
- . en broeders, met de patiënten in rij en gelid, meedoende. Zoo was dat
- . spontaan in gang gezet door broeder S. van Dijk, en ik breng er hem
- . hier een eresaluut voor. (Stärke, 1931, p. 344)

Belangrijker dan *wat* er gedaan werd, was dat alle activiteiten *gezamenlijk* plaatsvonden. Hoewel Stärke Van der Scheer prees omdat deze de actievere therapie in Nederland had geïntroduceerd, nam hij uitdrukkelijk afstand van diens nadruk op verplichte arbeid voor *alle* patiënten die daartoe fysiek in staat waren. Niet het aantal werkende patiënten, maar de afwezigheid van storend gedrag en de overbodigheid van dwangmiddelen vormden het bewijs voor het welslagen van de actievere therapie. Zo achtte Stärke ontspannende bezigheden en rust geschikter dan arbeid voor acuut psychotische patiënten, omdat zij ruimte nodig hadden voor de verwerking van verlies en verdriet. Bovendien achtte hij het verkeerd om patiënten te dwingen tot willekeurig welke arbeid; hun werk moest nauwkeurig zijn afgestemd op hun functioneringsniveau, hun voorkeuren en hun gevoel van eigenwaarde. Mogelijk in navolging van de Duitse psychiater Simon had hij verschillende werksoorten in vijf ‘trappen’ ingedeeld zodat patiënten in niveau konden opklimmen.

De toepassing van de actievere therapie vereiste volgens Stärke zeer oplettende verplegenden en een sociale in plaats van een medische visie op krankzinnigheid.<sup>4</sup>

- . Bij de psychose hebben we niet een ziek orgaan dat zijn samenwerking
- . met andere organen weigert, maar een individu dat zijn samenwerking
- . met andere individuen heeft opgegeven. Hoewel soms een ziek orgaan,
- . de hersenen, of de schildklier bv., oorzaak wordt daarvan, behoeft dit
- . niet zoo te zijn, en zo is krankzinnigheid blijkbaar [...] een abnorme
- . verhouding van een individu tot de maatschappij op een bepaald
- . tijdstip. [...] Indien er een afwijking is van een zeker ideaal kan de
- . afwijking evengoed liggen bij die bepaalde maatschappij als bij het
- . individu. (Stärke 1931, p. 328)

Ook in de actieve gemeenschapstherapie ging het erom patiënten stelselmatig verantwoordelijkheidsgevoel bij te brengen door storend gedrag, zonder verwijt of dreigement, direct te ontmoedigen met korte, onaangename prikkels en vooral sociaal gedrag aan te moedigen door het ogenblikkelijk te belonen met

277

- . voortdurende weldoende vriendelijkheid, kameraadschap, maar verder
- . ook door extra's in de vorm van wandelingetjes, aparte opdrachten,
- . extra-bewondering, en ten slotte ook stoffelijke voordelen in juist
- . toegemeten dosis. (Stärcke, 1931, p. 333)

Stärcke gaf toe dat ook dit ontmoedigen en aanmoedigen veel weg had van 'dressuur' en 'gewoonte-vorming', maar deze moesten volgens hem dan ook worden gevolgd door een meer positieve en flexibele opvoeding. 'Dressuur leidt tot starheid, tot het dogma, opvoeding wil zoo groot mogelijke plasticiteit.' (p. 337-338) Daarbij was niet alleen de verantwoordelijkheid van de patiënten, maar ook die van de behandelaars en verplegenden in het geding. De laatsten moesten zich ervan bewust zijn dat storend gedrag van geesteszieken tot stand kwam onder invloed van de omgeving, dat wil zeggen: het daadwerkelijke of het op een bepaalde manier door patiënten waargenomen gedrag van anderen. Mede om te voorkomen dat patiënten zich veroordeeld voelden, dienden artsen en verplegenden steeds bij zichzelf na te gaan in hoeverre hun eigen gedragingen en reacties storende en agressieve uitingen van patiënten in de hand werkten. Het personeel moest zich dan ook steeds afvragen wat het zelf had fout gedaan of had nagelaten in de omgang met patiënten. Om ook de allerjongste leerlingverplegenden deze zelfreflectie bij te brengen had hij een lijst geproduceerd met het type vragen dat zij zichzelf konden stellen (p. 334-335).

Stärcke verwachtte van verplegenden dat ze hun aandacht verlegden van 'de defecten en symptomen' die geesteszieken aan de dag legden naar hun 'mogelijkheden en overgeschoten capaciteiten' (p. 340). Verpleegsters 'van Engelsch model, met een half ons stijf sel in haar costuum verwerkt' achtte hij voor de nieuwe koers volkomen ongeschikt (p. 345). Het was beter om symbolen van hiërarchie als het verpleegstersuniform af te schaffen en hij prees zich dan ook gelukkig dat de verplegenden op zijn afdeling het uniform al regelmatig inwisselden voor gewone burgerkledij. 'Bij het wandelen met groepen patiënten een uniform te dragen beschouw ik als een technische fout.' (p. 358) Enthousiasme, jeugd, gemeenschapszin, volharding, betrouwbaarheid, levenslust, 'practische bekwaamheid in eenig handwerk', bedrevenheid in sport en spel, en een goede gezondheid – dat waren de eigenschappen die Stärcke noodzakelijk achtte voor verplegenden (p. 346).

## Stärckes invloed op tijdgenoten

Dat Stärcke zijn op psychoanalytische, sociologische en pedagogische inzichten gebaseerde ideeën over de actievere therapie al eerder dan in 1931 had uitgedragen en dat tijdgenoten daar kennis van hadden kunnen nemen, blijkt uit de brochure *De psychiater als opvoeder* (1929) van Philip Abraham Kohnstamm (1875-1951), sedert 1918 hoogleraar pedagogiek aan de Universiteit van Amsterdam.<sup>5</sup> Kohnstamm schreef dat hij zich door Van der Scheer en Stärcke had laten informeren over de actievere therapie, die hij op één lijn stelde met nieuwe ontwikkelingen in de pedagogie en die volgens hem ook was toe te passen in de opvoeding van gezonde mensen. Daarbij liet Kohnstamm doorschemeren dat hij de voorkeur gaf aan de benadering van Stärcke boven die van Van der Scheer. Terwijl het bij Van der Scheer naar zijn mening vooral draaide om reflexmatige conditionering, legde Stärcke meer nadruk op de beïnvloeding van de innerlijke gezondheid en het individuele verantwoordelijkheidsbesef door middel van groepssolidariteit. Stärckes optiek sloot in deze zin beter aan op een ‘personalistische beschouwingwijze’ en een ‘begrijpende psychologie’ dan Van der Scheers behavioristische invulling van de actievere therapie (Kohnstamm, 1929, p. 5).

Het lijkt erop dat zowel Kohnstamm als Stärcke het veranderde denken van Van der Scheer over de actievere therapie heeft beïnvloed. Sterker dan in zijn eerdere artikelen benadrukte Van der Scheer in 1933 de gebreken van het leefmilieu in de gestichten, de eigen verantwoordelijkheid (en mogelijke fouten) van psychiaters en verplegenden, het belang van een op de individuele patiënt afgestemde benadering en van zijn of haar gevoel van eigenwaarde, de noodzaak van persoonlijke ontwikkeling, het opvoedende karakter van de actievere therapie en het belang van oplettendheid en initiatief van de kant van verplegenden. Ook liet hij de mogelijkheid open dat andere disciplines (bijvoorbeeld ambachtsslieden) van belang konden zijn voor de actievere therapie. Hij verwees echter in het geheel niet naar Kohnstamms brochure, en zijn summiere verwijzing naar Stärckes artikel was, zoals eerder aangegeven, niet correct. Dat laatste is des te opmerkelijker omdat Van der Scheer in het voorwoord van zijn boek wel zijn opvolger in Santpoort Gerard Kraus (1898-1956) bedankte voor de informatie die deze hem verstrekt had over de verdere ontwikkeling van de actievere therapie in het Provinciaal Ziekenhuis. Kraus had zich door de ervaringen op de Willem Arntsz Hoeve laten inspireren bij het uitbouwen van de ontspanningstherapie in Santpoort (Van der Esch, 1949, p. 159). Van der Scheer vermeldde dat de Willem Arntsz Stichting de eerste instelling was waarin in het kader van de actievere therapie sportieve ontspanningsactiviteiten voor patiënten waren georganiseerd (Van der Scheer, 1933, p. 15).

Dat op de Willem Arntsz Hoeve zo vroeg activerende ontspanningsactiviteiten waren ingevoerd, was mede te danken aan de steun die Stärcke genoot van de geneesheer-directeur, Christaan Frederik Engelhard (1887-1959). Engelhard had ervoor gezorgd dat verplegenden een zodanige opleiding kregen dat zij leiding konden geven bij gymnastiek, spelen in de open lucht en handenarbeid. Ook was hij sinds 1930 voorzitter van de Examen Commissie ten behoeve van de verpleegopleiding van de NVPN. In deze hoedanigheid vulde hij de brochure voor docenten aan met verwijzingen naar literatuur over de vaardigheden die verplegenden nodig hadden op het gebied van arbeid, gymnastiek, spel, volksdansen en zang met groepjes patiënten (Borgerhoff Mulder, 1930, p. 667). Dat toenmalige verplegenden gebruikmaakten van deze verwijzingen blijkt uit de opstellen die sommigen in 1941 in het kader van een door de Examen Commissie georganiseerde wedstrijd schreven (Van Stigt, 1942; Aan de Stegge, 2005). Daarnaast komt uit de gedenkboeken van diverse instellingen naar voren dat alom in den lande gymnastiek-, muziek-, zang-, toneel-, wandel- en voetbalverenigingen werden opgericht, niet langer, zoals tot dan toe gebruikelijk was, voor het personeel alleen, maar samen met patiënten (Borgerhoff Mulder, 1930, p. 667). Deze tooiden zich met namen als ‘Excelsior’ (Willem Arntsz Huis, 1930), ‘Vooruitgang Is Ons Streven’ (Rijkskrankzinnigengesticht Medemblik, ca. 1931) of ‘Willen is Kunnen’ (Zon & Schild Amersfoort, ca. 1934). Leden van deze verenigingen liepen tijdens openbare optredens in eenzelfde kostuum, zodat de patiënten niet als zodanig herkenbaar waren. Ook deden zij mee aan wedstrijden in de maatschappij, hetgeen het zelfvertrouwen van de patiënten ten goede kwam (Dommissie, 1937, p. 85-98). Zoals verpleger Cornelis de Bruijn (1909-1997) in zijn opstel schreef: ‘Het doel was: Ontspanning voor patiënten en personeel en voor de eersten de overgang vanuit de Stichting naar de maatschappij gemakkelijker te maken en te helpen bevorderen.’ (De Bruin, 1941).

Zelf verzorgde Stärcke op de Willem Arntsz Hoeve ook onderwijs aan verplegenden (Burkunk, 1993, p. 42). Vanwege het belang dat hij hechtte aan de psychiatrische verpleegopleiding voor het welslagen van de actievere therapie, zette hij zich vanaf het midden van de jaren dertig bovendien op nationaal niveau in voor een vernieuwing van de psychiatrische verpleegopleiding voor diploma B. In zijn eigen instelling had hij namelijk geconstateerd dat de actievere therapie, die ‘een groote dosis geduld en zelfverloochening’ vereiste, gehinderd werd doordat de artsen ‘terugkeerden tot de oude leer van de lichamelijke, individuele genese der psychose, zo niet uit de hersenen dan uit de samenstelling van het bloed.’ In hun voetspoor bleken ook verplegenden weer vast te houden aan de praktijk ‘waarbij de patiënt in bed als een hulpbehoevend kind geholpen moet worden.’

(Poslavsky, 1961, p. 97. Poslavsky citeert hier een Jaarverslag over 1935 van de hand van A. Stärcke.)

In 1936 hield Stärcke voor de Nederlandsche Vereeniging voor Gestichtsartsen een voordracht over de wenselijkheid van ‘verdere moderniseering’ van de verpleegopleiding.<sup>6</sup> Stärcke, die van 1921 tot 1923 lid was geweest van de Examen Commissie van de NVPN, betoogde dat het curriculum te divers en te overladen was en dat de psychiatrische verpleging een duidelijker inhoudelijk profiel moest krijgen.

- . Het moet mogelijk zijn moedig te aanvaarden dat krankzinnigen-
- . verpleging een totaal andere houding en totaal andere kennis vereist.
- . De ziekenverpleegster verzorgt stoornis door zieke organen, daarom
- . voor haar grondbegrippen van bouw en werking dier organen. De
- . krankzinnigenverpleegster verzorgt gebrekkige maatschappelijke
- . aanpassing. Daarom voor haar in de eerste plaats grondbegrippen van
- . bouw en werking der maatschappij – *sociologie*, en van het verband
- . tussen individuen – *psychologie*. [...] Zij moet helpen opvoeden, daarom
- . moet zij even goed paedagogiek leeren als de aanstaande onderwijzer.
- . (Stärcke, 1937, p. 101)

Om ruimte te maken voor deze vakken zou men een groot deel van het onderwijs in anatomie, fysiologie, voedings- en dieetleer moeten schrappen.

Voor de somatische verzorging van geesteszieken zouden dan A-verpleegsters in de inrichtingen kunnen worden aangesteld (Stärcke, 1937, p. 102-103). Verder bepleitte Stärcke ook een vernieuwing van de onderwijsmethodiek: het volproppen van de leerlingen met

kennis en de hiërarchische verhouding tussen docent en leerling zouden plaats moeten maken voor oefeningen in praktische vaardigheden die nodig waren voor de actievere therapie. Het theoretische deel van het examen kon deels vervangen worden door intelligentietests, getuigschriften en schriftelijke en geknutselde werkstukken.

Hoewel Stärckes ideeën ook verzet opriepen, speelden deze, wederom dankzij de invloed van Engelhard, een belangrijke rol in discussies over de psychiatrische verpleegopleiding in de tweede helft van de jaren dertig. Zijn voorstel om het vak ‘elementaire psychologie van de menselijke verhoudingen en de actievere therapie’ in te voeren als eindexamenvak werd toen gesteund door alle niet-confessionele organisaties van verplegenden, maar strandde uiteindelijk op verzet vanuit katholieke en gereformeerde organisaties.<sup>7</sup>

goede wil en ijver  
worden beloond



## Invloed op de praktijk

Hoewel Stärckes voorstellen voor hervorming van de verpleegopleiding strandden en ook zijn andere idealen lang niet allemaal in zijn eigen tijd in praktijk werden gebracht – de arbeid van patiënten diende zeker in de crisisjaren niet alleen therapeutische maar ook economische doeleinden en er was te weinig personeel voor de individualiserende benadering die hij nastreefde – hebben zijn ideeën en de wijze waarop hij op zijn eigen afdeling de actievare therapie invoerde, grote invloed gehad op de praktijk in de Nederlandse inrichtingen. Niet alleen wist Stärcke met zijn ideeën Kohnstamm, Engelhard, Van der Scheer en Kraus aan te spreken, uit de oprichting van talloze sport- en spelverenigingen blijkt dat de verplegenden van de Willem Arntsz Hoeve net zo goed dienden als voorbeeld voor andere verplegenden als de verplegenden van Santpoort op het gebied van de arbeidstherapie. In de herinneringen en opstellen van verplegenden kunnen we lezen dat zij een nauwer en gelijkwaardiger contact met patiënten kregen, dat zij hen wisten te activeren en dat daardoor een andere sfeer in de inrichtingen ontstond.

Zo kwam een Nederlandse variant van de actievare therapie tot ontwikkeling die zich minder sterk baseerde op conditionering en disciplineren dan in Duitsland. Dat er in Nederland meer waarde werd gehecht aan de beïnvloeding van de innerlijke gezindheid van de patiënten blijkt bijvoorbeeld uit de wijze waarop hun arbeid werd beloond. Terwijl bij de beloning in Duitsland prestatie en productie de maatstaf vormden, werden in Nederland motivatie, goede wil en ijver evenzeer gewaardeerd (Van der Scheer, 1933, p. 141-148; zie ook Timmer, 1952, p. 320.).

Meer in het algemeen weerspiegelde Stärckes invulling van de actievare therapie bestaande en toekomstige tendensen in de Nederlandse inrichtingspsychiatrie. Met de actievare therapie werd daarin de eerste stap gezet naar een meer psychosociale aanpak, die in de jaren dertig ook werd bepleit in de beweging voor geestelijke volksgezondheid en die in de jaren vijftig en zestig in de psychiatrische ziekenhuizen verder tot ontwikkeling kwam in de vorm van sociaal-psychologische en sociotherapeutische benaderingen. Jan Hendrik van der Drift (1914-1981), geneesheer-directeur van de inrichting te Wolfheze en pleitbezorger van de sociotherapie, greep in 1956 waarschijnlijk zonder het te weten terug op Stärcke, toen hij meewerkte aan de negende herziening van een leerboek voor verplegenden. In een veertig pagina's lange bespreking van alle actievare behandelmethoden (hij noemde gedragsbeïnvloeding, arbeid, spel- en culturele therapie, vrijetijdsbesteding en kerkgang) greep hij terug op Van der Scheer, waar deze had teruggegrepen op Stärcke (Van der Drift, 1956, p. 463-503. Vgl. Vijselaar, 2007).

Wij raden alle hulpverleners, die zich anno 2010 bezig houden met de presentie-, herstel- en rehabilitatiebenadering, aan om het originele artikel van August Stärcke uit 1931 eens te lezen. De heldere manier waarop deze arts zijn jongste leerlingverpleegsters hielp begrijpen hoe juist hún gedrag bij patiënten negatieve of positieve reacties kon oproepen, was uitermate verfrissend.



### Noten

- 1 Het losse vel met errata is niet in alle exemplaren van het boek te vinden. Wij troffen het aan in een exemplaar van het Trimbos-instituut. In het exemplaar van de Universiteits Bibliotheek te Utrecht ontbreekt het.
- 2 Zie Van der Scheer 1933, p. 121 en vergelijk Poslavsky 1961, p. 87, waarop sommige historici zich weer baseren. Voor zover historici naar het artikel hebben verwezen, klopt de bronvermelding niet. Bulhof (1984) noemt 1929 als verschijningsjaar. Brinkgreve (1983) maakt gewag van een stuk van slechts twee pagina's dat in 1930 zou zijn verschenen. Ook volgens Burkunk (1993) en Oosterhuis & Gijswijt-Hofstra (2008) was het artikel in 1930 verschenen. In de meeste historische beschouwingen over de actievere therapie wordt Stärckes artikel in het geheel niet genoemd, zelfs niet in de gedenkboeken van de Willem Arntsz Stichting of van Santpoort (Rombouts, 1949; Hut et al. 1961; Dankers en van der Linden 1996). Ook in een recent artikel van De Goei (2009) over de relatie tussen opvoeding en psychiatrie ontbreekt een verwijzing naar zijn artikel.
- 3 De publieke lof van Stärcke voor deze verpleger is bijzonder, want psychiaters prezen verplegenden zelden met naam en toenaam in hun publicaties. Van Dijk werd later hoofd sociotherapie.
- 4 Stärcke schreef in het Jaarverslag van zijn afdeling over 1935: 'Niet zozeer het anti-sociale

individu is ziek, als wel de groep, waarvan het deel uitmaakte. Het vasthouden aan deze theorie eischt een afstand doen van een zekere portie individuele ijdelheid van den kant der normalen.' (Poslavsky 1961, 97) In 1931 had hij reeds gesteld dat hij de Amerikaanse maatschappij voor patiënten de 'slechtst denkbare' achtte, omdat die gebaseerd was op gewetenloosheid. Zie Stärcke 1931, p. 359.

- 5 Uit de biografie van A. Zondag (1995, p. 74) blijkt dat Kohnstamms brochure werd gelezen door psychiatisch verplegenden.
- 6 De lezing verscheen het jaar erna in de *Psychiatrische Neurologische Bladen* (Stärcke, 1937).
- 7 Dit wordt verder uitgewerkt in het proefschrift van Aan de Stegge, dat in 2010 zal verschijnen.

### Literatuur

- Blok, G. (1997). Proefmaatschappij in de duinen. De invoering van de actievere therapie, 1918-1940. In J. Vijselaar (red.), *Gesticht in de duinen. De geschiedenis van de provinciale psychiatrische ziekenhuizen van Noord-Holland van 1849-1994* (pp.122-150). Hilversum: Verloren.
- Borgerhoff Mulder, H.W. (1930). Verslag der Examencommissie van de Nederlandsche Vereeniging voor Psychiatrie en Neurologie over het tijdvak 15 november 1929 tot 15 november 1930. *Psychiatrische en Neurologische Bladen*, 35,

- 666-669.
- Brinkgreve, C. (1984). *Psychoanalyse in Nederland. Een vestigingsstrijd*. Amsterdam: De Arbeiderspers.
- Bruijn, C. de (1941). Archief Examen Commissie van de NVPN, opstel 57 van Cornelis de Bruin. Haarlem: Noord-Hollands Archief.
- Bulhof, I.N. (1983). *Freud en Nederland. De interpretatie en invloed van zijn ideeën*. Baarn: AMBO.
- Burkunk, M. (1993). *Het laboratorium voor experimentele psychologie van de gestichts-arts August Stårcke, 1928-1941. Een onderzoek naar ontberingscatastrofen van mieren, mensen en maatschappijen*. Amsterdam: ongepubliceerde doctoraalscriptie geschiedenis, UvA.
- Dankers, J., & Linden, J. van der (1996). *Van regenten en patiënten. De geschiedenis van de Willem Arntsz Stichting: Huis en Hoeve, Van der Hoevenkliniek en Dennendal*. Amsterdam/ Meppel: Boom.
- Domisse, F. (1937). *Het licht op den drempel*. Rotterdam: W.L. en J. Brusse Uitgeversmaatschappij.
- Domisse, F. (1939). *Opdat er kieme... Beschouwingen over gestichtsverpleging van geesteszieken*. Rotterdam: W.L. & J. Brusse Uitgeversmaatschappij.
- Drift, H. van der (1956). Verpleging en behandeling van geestes- en zenuwzieken. In B. Chr. Hamer & F.J. Tolsma, *Algemeen Leerboek voor het verplegen van geestes- en zenuwzieken*. Negende, geheel herziene druk. (pp. 431-503). Leiden: Spruyt, van Mantgem en de Does.
- Esch, P. van der (1949). De geneeskundige behandelingsmethodes 1849-1949. In J.M Rombouts (red.), *Een eeuw krankzinnigenverpleging, Gedenboek ter gelegenheid van het honderdjarig bestaan van het Provinciaal Ziekenhuis nabij Santpoort (voorheen Meerenberg)*. (pp. 139-173). Santpoort: Provinciaal Ziekenhuis Santpoort.
- Goei, L. de (2009). Over opvoeding en psychiatrie, 1850-1960. In I. Haan e.a. (red.), *Het eenzame gelijk. Hervormers tussen droom en daad, 1850-1950*. (pp. 205-220). Amsterdam: Boom.
- Hut, L.J. e.a. (1961). *De Willem Arntsz Stichting 1461-1961*. Utrecht: N.V.A. Oosthoeks Uitgeversmaatschappij.
- Kohnstamm, Ph. (1929). *De psychiater als opvoeder. Mededeelingen van het nutsseminarium voor paedagogie aan de Universiteit van Amsterdam*. Groningen/Den Haag: J.B. Wolters.
- Oosterhuis, H., & Gijswijt-Hofstra, M.F. (2008). *Verward van geest en ander ongerief. Psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg in Nederland (1870-2005)*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Poslavsky, A. (1961). Opkomst en bloei van de psychiatrie. In L.J. Hut, A. Poslavsky, H. Loois & B. van der Woord, *De Willem Arntsz Stichting 1461-1961*. (pp. 41-102). Utrecht: N.V.A. Oosthoeks Uitgeversmaatschappij.
- Rombouts, J.M. (red.) (1949). *Een eeuw krankzinnigenverpleging, Gedenboek ter gelegenheid van het honderdjarig bestaan van het Provinciaal Ziekenhuis nabij Santpoort (voorheen Meerenberg)*. Santpoort: Provinciaal Ziekenhuis Santpoort.
- Rütte, J.L.C.G.A. le (1926). Bezoek aan het Provinciaal Krankzinnigengeestich Gütersloh in Westphalen. *Tijdschrift voor Ziekenverpleging*, 26, 399-400.
- Scheer, W.M. van der (1927). De verpleging van onrustige geesteszieken in nieuwe banen. *Nosokómos*, 27, 74-86.
- Scheer, W.M. van der (1928). De nieuwere inzichten in de behandeling van geesteszieken en de in ons Ziekenhuis bereikte resultaten'. In *Psychiatrische en Neurologische Bladen*, 32, 101-115.
- Scheer, W.M. van der (1933). *Nieuwere inzichten in de behandeling van geesteszieken*. Groningen/Den Haag/Batavia: Wolters.
- Simon, H. (1929). *Aktivere Krankenbehandlung in der Irrenanstalt*. Berlin/Leipzig: Walter de Gruyter & Co.
- Stårcke, A. (1931). Moderne behandeling van geesteszieken. *Nederlandsch Maandschrift voor*

*Geneeskunde*, 17, 313-367.

Stärcke, A. (1937). Richtlijnen voor verdere modernisering der opleiding van de verplegenden - leerlingen voor het diploma B. *Psychiatrische en Neurologische Bladen*, 41, 97-117.

Stegge, G.J.C. aan de (2005). 'Geneesheer, genees u zelve'. De opstellenwedstrijd ter ere van het 50-jarig jubileum van de Examen Commissie der Nederlandsche Vereeniging voor Psychiatrie en Neurologie in 1941. In A. Kluveld e.a. (red.), *Genezen. Opstellen bij het afscheid van Marijke Gijswijt-Hofstra* (pp. 54-67). Amsterdam: Pallas Publications - Amsterdam University Press.

Stigt, G.C. van (1942). Mijn ervaring als verpleger met diploma B en tevens belast met het gymnastiekonderwijs aan patiënten. *Tijdschrift voor Ziekenverpleging*, 52, 212-216.

Timmer, A.P. (1952). *Leerboek voor verplegenden van zenuwzieken en krankzinnigen*, vierde druk. Haarlem: de Erven F. Bohn.

Vijselaar, J. (2007). 'De ander tot vrijheid wekken'. De psychiatrische inrichting Wolfheze onder het directoraat van Hendrik van der Drift, 1950-1975. In J. Vijselaar e.a., *Van streek. 100 jaar geestelijke gezondheidszorg in Zuid-West Gelderland* (pp. 192-223). Utrecht: Matrijs.

Zondag, A. (1995). *Naar Franeker gaan, Herinneringen en reflecties van een oud-hoofdverpleegkundige*. Franeker: Uitgeverij van Wijnen.

### Samenvatting

C. aan de Stegge & H. Oosterhuis

'Geen dressuur maar opvoeding. August Stärcke en de actievere therapie'

► De 'actievere therapie' in Nederland is te lang beschouwd als een therapie die louter was gebaseerd op behavioristisch gedachtegoed. Deze therapievorm vond zijn basis echter eveneens in psycho-analytische en maatschappijkritische inzichten. Sterker nog, die basis was de reden voor het élatante succes van de therapie in Nederland, omdat de protagonisten veel

aandacht besteedden aan het 'opvoeden' dan wel 'begeleiden' van verplegenden. Zij moesten dwang-toepassing vermijden en samen met de patiënten sportieve en recreatieve activiteiten ondernemen. Een vergeten artikel van A. Stärcke is van grote invloed geweest op deze ideeën. Dit gedachtegoed is een inspiratiebron voor de huidige rehabilitatiebeweging.

### Personalia

Drs G.J.C. aan de Stegge (1957) is psychiatrisch verpleegkundige en filosoof. Zij is docent ten behoeve van de Master Health Care and Social Work/GGz verpleegkundig specialist van de Stichting GGz-VS en Saxion Hogescholen.

cecile.aandestegge@planet.nl

Dr H. Oosterhuis (1958) is universitair docent geschiedenis aan de Faculteit der Cultuur- en Maatschappijwetenschappen van de Universiteit Maastricht. Samen met Marijke Gijswijt-Hofstra publiceerde hij in 2008 *Verward van Geest en ander ongerief. Psychiatrie en geestelijke gezondheidszorg in Nederland (1870-2005)*.

Reageer op dit artikel via

[www.trimbos.nl/mgv](http://www.trimbos.nl/mgv)

# Furor therapeuticus

## Agressieve behandelingen door megalomane psychiaters

**In den beginne hadden alle psychiatrische ziektes een lichamelijke oorzaak – althans: dat dacht men. Van tandentrekkers tot lobotomisten: dominante dokters konden zonder toezicht de gruwelijkste behandelingen toepassen. Gelukkig hebben we tegenwoordig richtlijnen en protocollen, maar een waarschuwing tegen uitwassen blijft op zijn plaats.**

‘Geschokt herlees ik de papieren. Het is alsof er iets knapt in mijn hoofd. Alsof pas nu tot mij doordringt dat het allemaal echt gebeurd is. De elektroshockkuur in december 1951. De insulinecomatherapie van januari tot maart 1952. De leucotomie-operatie in april 1953. De verschrikkingen van de jaren vijftig. In een goed jaar tijd heeft Nonkel André ze allemaal ondergaan. [...] Nonkel André was een levende dode geworden. Psychisch vermoord. Door wie? Ik wil het weten’, schrijft Chris de Stoop (2007) in *Het complot van België*, een zoektocht naar onder meer de lotgevallen van zijn oom André die levenslang in een inrichting verbleef.

In de loop van de twintigste eeuw paste de psychiatrie op grote schaal agressieve lichamelijke behandelingen toe zonder dat daar voldoende wetenschappelijke rechtvaardiging voor bestond (Valenstein, 1986). De successen van de somatische geneeskunde en de ontdekking van de biologische oorzaken van toenmalige psychiatrische ziekten als syfilis en dementie sterkten vele psychiaters in de overtuiging dat alle psychiatrische stoornissen ziekten zijn met een gestoord brein als oorzaak. Gebaseerd op de veronderstelde antipsychotische rol van hoge koorts werden patiënten met neurolues (destijds een frequent voorkomende infectie van de hersenen ten gevolge van lues, een geslachtsziekte) bijvoorbeeld geïnfecteerd met bloed dat

besmet was met malaria, of werd paardenbloed in het hersenvocht ingebracht om een hersenvliesontsteking te veroorzaken. Chirurgische ingrepen dienden om veronderstelde lokale infecties weg te nemen, omdat (verborgen) infecties golden als oorzaak van psychiatrische aandoeningen. De klinische opvatting dat epilepsie en psychose niet samen zouden gaan, leidde tot diverse 'shock' behandelingen met verschillende toegediende chemicaliën, en later met elektriciteit (elektroshock). Een observatie dat een psychotische patiënt verbeterd ontwaakte uit een coma die veroorzaakt werd door toediening van insuline, leidde tot insulinecomatherapie. Bij psychiatrische aandoeningen zouden de 'emotionele hersenen' te actief zijn, dus het doorsnijden van verbindingen met die hersenen moest therapeutisch werken. Duizenden patiënten werden jarenlang voor de rest van hun leven gemutilleerd. Hoe kon dit gebeuren?

### Psychiatrische ziekte als somatische afwijking

De historische opmaat voor deze praktijken ligt in de negentiende eeuw, bij het ontstaan van de psychiatrie als medisch specialisme. In die tijd golden organische afwijkingen als dé oorzaken van ziekte. Daar was ook alle reden toe, want bij allerlei lichamelijke ziekten stelde men met succes organische afwijkingen vast. Psychiaters stelden (aanvankelijk nog samen met neurologie)

afwijkingen in de hersenen vast bij ziekten als dementie. De bacteriologische revolutie die begon met Louis Pasteur (1822-1895) en Robert Koch (1843-1910) leidde in 1913 tot de ontdekking van de bacteriële oorzaak van neurolyues. Andere psychiatrische aandoeningen móesten

### Cotton trok de tanden van zijn gezin

dan ook wel lichamelijke oorzaken hebben. Een uitzichtloze opname in een overvolle inrichting was vrijwel het enige dat psychiatrische patiënten geboden kon worden; '...to be considered insane is a kind of social, mental and metaphysical death'. Over inrichtingen: '...a noisy and noisome cemetery of the still-breathing' (beide citaten uit Scull, 2005, p.21).

Psychiaters bleven zoeken naar organische verklaringen voor hersenziekten, met behulp van autopsie, hersenonderzoek, reageerbuis en microscoop. Dit was op den duur niet zo succesvol als op andere gebieden van de geneeskunde, hetgeen voeding gaf aan felle discussies. Desondanks vonden verregaande experimenten plaats met somatische behandelingen, voornamelijk op basis van speculaties. De kloof tussen de organische psychiatrie ('somatici') en niet-organisch te verklaren psychiatrie ('mentalisten') groeide.

## Henry Cotton: ontstekingen en psychose

Twee in 2005 gepubliceerde werken over invloedrijke Amerikaanse protagonisten bieden inzicht in somatische behandelingen van psychiatrische aandoeningen en in het medisch-wetenschappelijke klimaat waarbinnen dit mogelijk was. Het eerste boek, *Madhouse, A Tragic Tale of Megalomania and Modern Medicine* van wetenschapssocioloog Andrew Scull (2005), gaat over de psychiater Henry Cotton (1876-1933), die talloze chirurgische ingrepen verrichtte bij psychiatrische patiënten. Het leest als een thriller in een gruwelkabinet. Destijds gold Cotton als een goed opgeleide psychiater. Hij studeerde in Europa bij Emil Kraepelin (1856-1926) en Alois Alzheimer (1864-1915), pioniers in de psychiatrie. Hij was een favoriete assistent van Adolf Meyer (1866-1950) van de Johns Hopkins School of Medicine, een van de invloedrijkste psychiaters in de Verenigde Staten. Meyer, die bekend stond als een autoritaire, dominante, controlerende en manipulatieve persoonlijkheid die weinig tegenspraak duldde, zou Cotton tijdens zijn verdere carrière altijd blijven steunen. Ook Cotton stond overigens bekend als een ‘belligerent (letterlijk: oorlogvoerende) personality’.

287

Op basis van de observatie dat patiënten met hoge koorts vaak last hadden van wanen en hallucinaties, opperde Meyer de mogelijkheid dat (verborgen) infecties een biologische oorzaak zouden kunnen zijn van psychiatrische aandoeningen. Lokale infecties (zoals een verborgen abces) zouden zorgen voor toxines die zich in het bloed verspreiden en in de hersenen psychiatrische stoornissen veroorzaken. Deze theorie werd door haar aanhangers gezien als alternatief voor de overheersende eugenetische theorie met haar nadruk op de erfelijkheid (ook wel degeneratietheorie genoemd) die voorspelde dat in elke volgende generatie de psychiatrische problematiek verergert, en voor Freuds theorie over de rol van kindertraumata.

Met de hulp van Meyer verwierf Cotton in 1907 als dertigjarige de prestigieuze functie van ‘superintendent’ (directeur) van het Trenton State Hospital in New Jersey. Hij was vol van energie en ‘furor therapeuticus’ (deze term is te vertalen als ‘therapeutenkolder’ en wordt gebruikt om aan te duiden dat men zich laat meeslepen om te behandelen ten koste van de patiënt) en ervan overtuigd te zijn geboren voor grootse daden. Cotton begon de theorie over veronderstelde lokale infecties op grote schaal te vertalen naar chirurgische behandelingen. Hij trok chirurgen en tandartsen aan en liet een röntgenapparaat aanschaffen. Hij had geluk: de ontdekking van de narcose en sterilisatie verlaagde de drempel voor chirurgische ingrepen.

De eerste behandeling was het verwijderen van ontstoken tanden, later ook van niet-ontstoken tanden en weer later werd bij psychiatrische patiënten het hele gebit getrokken. Volgens Cotton hadden alle psychoten ontstoken

tanden. Een slecht gebit kan er de oorzaak van zijn dat via speeksel toxines in het maagdarmsstelsel terechtkomen, zo redeneerde hij. Als een tandeloze patiënt in Cottons ogen niet herstelde, dan nam hij aan dat de infectie ook elders moest zitten. Dus werden stukken van de dikke darm verwijderd en later zelfs de gehele dikke darm. Verder werden sinussen gespoeld, tonsillen, schildklieren en baarmoeders verwijderd; men sneed in maag, twaalfvingerige darm, dunne darm, galblaas, appendix, urinewegen en geslachtsorganen. Zo kon dezelfde patiënt een reeks chirurgische ingrepen ondergaan. Met het röntgenapparaat werden op den duur alle patiënten van top tot teen gescand. Alleen al in het jaar 1920 werden in het ziekenhuis ruim vierduizend röntgenfoto's gemaakt. Op het hoogtepunt van zijn carrière verrichtte Cotton (die zichzelf chirurgische technieken had aangeleerd) in een jaar tijd persoonlijk meer dan 250 operaties aan de dikke darm. Hij claimde dat 85% van de patiënten herstelde. De staat New Jersey zou hierdoor miljoenen dollars besparen.

Pers, collega's en autoriteiten namen Cottons geclaimde succes kritiekloos over. Maar de behandelingen gebeurden niet allemaal vrijwillig; soms werden patiënten onder groot verzet naar de operatiekamer gebracht en stemden familieleden slechts onder druk in met de chirurgische ingrepen. Cotton opereerde zelfs kinderen wegens chronische obstipatie – die volgens hem de oorzaak was van gedragsstoornissen en leerproblemen. Hij pleitte er zelfs voor om deze benadering preventief in te zetten.

Ook zijn twee zonen en zijn vrouw konden de dans niet ontspringen: bij hen verwijderde hij preventief de gebitten. Bovendien verrichtte hij bij één zoon een buikoperatie wegens onhandelbaar gedrag. In zijn bloeiende privépraktijk behandelde Cotton leden van rijke families die de nieuwste behandelingen zochten, zoals de 23-jarige Margeret Fisher (dochter van de beroemde econoom Irving Fisher), met dodelijke afloop.

Ondanks de soms fatale gevolgen bleven de meesten geloven in Cottons benadering. Dat hij werd gezien als een grote vernieuwer, blijkt ook uit een artikel in *The New York Times* van 1922, waarin stond dat in het State Hospital in Trenton, New Jersey, onder de geniale leiding van dr Henry Cotton, op basis van grondig wetenschappelijk onderzoek een zeer hoopvolle behandeling was ontwikkeld voor psychiatrische ziekten. Jarenlang werd hij door bezoekende buitenlandse collega's bewierookt. In het Britse Birmingham werden op grote schaal patiënten volgens de 'methode' Cotton behandeld.

## Ethische bezwaren

Maar er waren ook kritische geluiden van collega's, die zich vooral richten op de 'ethiek' van Cotton. Die ethische bezwaren betroffen niet zozeer de



experimentele behandelingen met gevaarlijke en dodelijke gevolgen bij kwetsbare mensen. De kritiek betrof de geslaagde wijze waarop Cotton bij het lekenpubliek en de algemene pers de aandacht vroeg voor de schadelijke gevolgen van locale infecties.

Uiteindelijk werd er een onderzoek naar Cotton verordonneerd. Phyllis Greenacre, een jongere collega, deed een grondig dossieronderzoek, sprak met patiënten en hun familieleden, bezocht ze soms thuis. Het eerste wat haar tot haar afschuw opviel, was dat alle patiënten in Trenton ingevallen tandeloze gezichten hadden. De resultaten van het onderzoek waren verbijsterend: Cottons statistieken bleken niet te kloppen. Het werkelijke herstelpercentage (criteria voor herstel waren niet duidelijk gedefinieerd) bedroeg niet meer dan 32%. Bovendien bleek de postoperatieve morbiditeit hoog: 45% van de patiënten die ingrepen ondergingen aan de dikke darm overleed daarna. Cotton reageerde furieus op deze resultaten en stortte in; hij zou kortstondig psychotisch geweest zijn. Hij liet zijn ontstoken tanden trekken en knapte – volgens hemzelf – daardoor zo op dat hij nog jaren kon doorwerken, met nog meer fanatisme.

Ten tijde van het onderzoek werd Cotton als een grote pionier in de geneeskunde gehuldigd. Niemand durfde te zeggen dat de keizer geen kleren droeg. De rapporten verdwenen in de doofpot. Toen Cotton in 1933 stierf, was zijn reputatie nog grotendeels intact en had hij niets van zijn opvattingen herzien. Ondanks de preventieve tandextracties pleegden zijn twee zonen zelfmoord. Maar de meesten van zijn medewerkers bleven in Cottons benadering geloven. Tot in de jaren zestig van de vorige eeuw voerden zijn leerlingen incidenteel nog chirurgische ingrepen uit bij psychiatrische patiënten.

### Walter Freeman: lobotomie

Een andere protagonist van somatische behandelingen was de Amerikaanse hersenchirurg Walter Freeman (1895-1972), die met een ijspriem bij duizenden patiënten hersenoperaties uitvoerde en daarbij de frontale hersenen doorsneed. In *The lobotomist: a Maverick medical genius and his tragic quest to rid the world of mental illness* beschrijft wetenschapsjournalist Jack El-Hai (2005) hoe Freeman – die uit een prominente medische ‘clan’ stamde en opgeleid was in de neurologie en de psychiatrie – onder de indruk raakte van de uitzichtloze ellende van psychiatrische patiënten in de overvolle inrichtingen. In het George Washington University Hospital (Washington, D.C.) introduceerde hij verschillende somatische behandelingen zoals insulinecomatherapie, metrazolshocktherapie en later elektro-

convulsietherapie. Hij zocht naar ingrepen op de hersenen die psychiatrische aandoeningen beter, maar vooral kort en krachtig, konden behandelen. Die vond hij bij de Portugese neuroloog Egas Moniz (1874-1955).

In 1935 bezocht Moniz een medisch congres in Londen waar onderzoekers de resultaten van het gedeeltelijk verwijderen van de voorhoofdshersenen bij twee chimpansees presenteerden. Deze dieren werden hierdoor minder agressief en beter handelbaar. Moniz besloot de techniek toe te passen op psychiatrische patiënten, op basis van de aanname dat de thalamus (de veronderstelde zetel van de emoties) bij deze patiënten te veel prikkels stuurde naar de frontale hersenen. Ondanks de kritiek van sommige wetenschappers die het onverantwoord vonden om na slechts enkele dierproeven over te stappen op de mens, zette Moniz door. Samen met neurochirurg Almeida Lima boorde hij enkele gaten in de schedel van patiënten en doorsneed met een speciaal mes de witte stof (de zenuwbanen) tussen de frontale hersenen en andere delen van de hersenen, inclusief de thalamus. Deze behandeling die hij leucotomie noemde, paste hij toe op tientallen patiënten. Bij de meesten zou de ingreep succesvol zijn. Geagiteerde, angstige en depressieve mensen voelden zich rustiger en minder angstig. Moniz was een prominent lid van de Portugese elite (hij was ooit minister van Buitenlandse Zaken) en wendde al zijn invloed aan om jarenlang te lobbyen voor een Nobelprijs, wat hem uiteindelijk lukte: hij kreeg de prijs in 1949 ‘voor zijn baanbrekende geneesmethode voor psychische ziekten’. Deze ingreep was op dat moment de meest verbreide ingreep voor ernstige psychiatrische aandoeningen geworden. Moniz zelf heeft waarschijnlijk slechts honderd patiënten met leucotomie behandeld.

Ook Walter Freeman bezocht het Londense congres. Hij beschouwde leucotomie als dé grote doorbraak in de psychiatrie en zag hierin een manier om beroemd te worden. Samen met neurochirurg James Watts paste hij in 1936 de eerste leucotomie toe bij een depressieve patiënt, volgens henzelf met goed resultaat. Ze verrichten honderden ingrepen en verfijnden de techniek; lobotomie, zoals hij het ging noemen.

In 1945 vond Freeman een eenvoudiger methode uit, de zogenaamde *ice-pick* (ijspriem) lobotomie. Na lokale verdoving van de patiënt (later gebruikte hij elektroshock) zette hij een ijspriem (later een speciaal daarvoor gemaakt instrument) op diens ooghoek en sloeg in één keer met een hamer door huid, bot en hersenvliezen in de frontaalkwab, waar hij de priem een paar keer heen en weer bewoog. Het inslaan van de priem ging gepaard met een krakend geluid. De hele procedure – ook wel transorbitale lobotomie genoemd – kostte enkele minuten aan elke kant. Het zag er voor sommige omstanders zo afgrijselijk uit dat zelfs ervaren neurochirurgen er beroerd van werden.

Collega Watts had er grote moeite mee en verbrak de samenwerking, maar dit kon Freeman niet stoppen. Hij was zeer bedreven in het bespelen van de pers en het publiek. *The New York Times* had het destijds over lobotomie als de grootste vernieuwing op het gebied van psychiatrische behandeling: ‘veel dokters passen deze tien minuten durende ingreep toe, die ervoor zorgt dat de psychiatrische inrichtingen zullen leeglopen en de patiënten kunnen terugkeren naar hun familie’. Freeman had de steun van prominente collega’s, zoals Meyer, en van politici. Tegenstanders, meestal psychoanalytici, lieten weinig van zich horen, kritiek op collega’s werd in die tijd beschouwd als onethisch.

Freeman wordt beschreven als zeer ambitieus met grote geldingsdrang, heel intelligent, fanatiek, arrogant, dol op publieke belangstelling – tijdens demonstraties gaf hij vaak een show weg. Sommige omstanders vonden hem ‘crazy’, hij droeg de bijnaam ‘Jack the Brainlasher’.

### Rondreizend lobotomist

In de jaren veertig (lees: door de Tweede Wereldoorlog) verdubbelde het aantal psychiatrische patiënten in de Verenigde Staten vrijwel, zodat de nood in de psychiatrische inrichtingen nog meer steeg (Shorter, 1997). Freeman behandelde vele patiënten achter elkaar tijdens zijn consulten in tientallen inrichtingen verspreid over de vs, waar hij ook collega’s opleidde tot lobotomist. Hij reisde rond in een camper, de *lobotomobile* genoemd. De grote inrichtingen prezen zijn ingreep omdat het patiënten handelbaarder maakte. Lobotomie veroverde de wereld. In Japan werden vooral kinderen met gedragsproblemen en leerproblemen geopereerd. Talloze gevangenen gingen onder het mes, i.c. de priem. Patiënten werden soms onder dwang behandeld; families trachtten zo van hun lastige familieleden, soms kinderen met probleemgedrag, af te komen. Amateurchirurgen verrichtten lobotomieën zonder enige psychiatrische evaluatie. Prominente families zochten hun heil bij Freeman. Rosemary Kennedy, zus van JFK, onderging op 23-jarige leeftijd op aandringen van haar vader een lobotomie vanwege gedragsproblemen. Sindsdien verbleef ze levenslang in een lethargische toestand in een inrichting.

Het precieze aantal patiënten dat lobotomie onderging, is niet bekend. Waarschijnlijk werd de techniek vooral toegepast in Angelsaksische landen. Freeman hield dossiers bij van 3439 lobotomieën die hij verrichtte. Geschat wordt dat er in de vs tussen 1936 en 1950 40.000 tot 50.000 ingrepen zijn verricht. In Groot-Brittannië werden tussen 1942 en 1954 10.365 patiënten éénmaal behandeld en ondergingen 762 meer dan een operatie. In Scandinavië ondergingen circa 9300 mensen lobotomie. In Nederland zijn

tussen 1946 en 1972 circa 200 patiënten met lobotomie behandeld (Blok, 2004) en zoals De Stoop (2007) indrukwekkend beschrijft met het voorbeeld van zijn oom André, waren dergelijke praktijken ook in België niet onbekend. Ook in *Het complot van België* komen autoritaire dokters voor die de familie van oom André onder druk laten instemmen met deze ingreep. Uit de archiefstukken hierover krijg je de indruk dat de diagnose werd veranderd om deze behandeling te rechtvaardigen.

Freeman en Watts claimden dat 52% van hun eerste 623 patiënten goede resultaten vertoonde, hoewel ze niet expliciet waren over wat ze onder ‘goed’ verstonden. De patiënten moesten na de ingreep weer leren eten en waren incontinent. Circa 10% vertoonde postoperatieve epilepsie en de meesten ondergingen persoonlijkheidsveranderingen. Hoe lang de ‘goede’ effecten aanhielden, is onbekend. Het onhandelbare, agressieve gedrag was vaak belangrijker voor de indicatie dan de psychiatrische diagnose als zodanig. Freeman was ervan overtuigd dat deze veranderingen niet alleen een teken van verbetering waren, hij zag ze ook als het beoogde effect van de verminderde invloed van de overprikkelde thalamus.

In de loop van de jaren veertig werden de desastreuze gevolgen van lobotomie steeds duidelijker. Hoffman (1949) vatte die als volgt samen: ‘... these patients are not only distressed by their mental conflicts but also seem to have little capacity for mental experiences – pleasurable or otherwise. They are described by their nurses and the doctors, over and over, as dull, passive, apathetic, listless, without drive or initiative, flat, lethargic, placid and unconcerned, childlike, docile, needing pushing, lacking spontaneity, without aim or purpose, preoccupied and dependent.’ (p.234) Aanvankelijk was lobotomie bedoeld voor de hopeloze gevallen, vervolgens voor patiënten die nog niet zo lang ziek waren, en uiteindelijk pleitte Freeman voor preventieve ingrepen. Het aantal indicaties nam schrikbarend toe: dwangmatig gedrag, angstaanvallen, agressiviteit, depressies en schizofrenie, maar ook ‘diagnoses’ als ‘persoonlijkheidszwakte’ en ‘een gevoel van afwezigheid’. Later bleek bij obducties van geopereerde patiënten dat de toegebrachte laesies erg in grootte varieerden en dat ze in de loop van het leven waarschijnlijk groeiden. In 1967 verrichtte Freeman een herhalingslobotomie bij een van zijn eerdere patiënten; zij overleed vervolgens aan een hersenbloeding. Door de toenemende kritiek grepen de autoriteiten deze gebeurtenis aan om Freeman het opereren te verbieden. Vijf jaar later, in 1972, overleed hij. Een wetenschappelijk bewijs voor zijn gelijk is nooit geleverd. Het aantal lobotomieën nam door de introductie van de moderne psychofarmaca drastisch af; als behandeling is de ingreep obsoleet geworden.

## Waakzaamheid blijft geboden

Historici hebben Cotton en Freeman vaak afgedaan als medische curiositeiten. *Madhouse* en *The Lobotomist* bestrijden dit op een overtuigende wijze. Bij nader inzien komt het mengsel van factoren dat hun behandelingen mogelijk maakte, ook nu nog voor: dominante, megalomane, eerzuchtige persoonlijkheden in combinatie met het maatschappelijke belang om psychiatrische patiënten kort en krachtig te behandelen ('to do something'), met zo weinig mogelijk overlast en voor zo weinig mogelijk geld. De oorzakelijke koppeling tussen psychiatrische aandoening en gestoorde hersenen – hoewel niet wetenschappelijk bewezen – stond voor Cotton en Freeman vast, het rechtvaardigde immers hun ingrepen. Cotton noch Freeman kenden twijfels, ze trokken zich niets aan van kritiek. Hoewel hun behandelingen op grote schaal werden toegepast, ontbrak elk gecontroleerd onderzoek naar de effecten. De ontwikkeling – weliswaar experimenteel – van directe ingrepen in de hersenen van psychiatrische patiënten is doorgegaan, zoals diepe hersenstimulatie, transcraniële magnetische stimulatie en N-Vagustherapie. Hoe die precies werken is niet bekend (Swayze II, 1995).

Ook nu is de psychiatrie deels een afspiegeling van de (westerse) samenleving die, alle humane verbeteringen bij de bejegening en huisvesting ten spijt, het liefst zo weinig mogelijk last heeft van die patiënten. Ook nu zijn er invloedrijke eerzuchtige psychiaters die zich laten verleiden tot simpele benaderingen waar de samenleving kennelijk behoefte aan heeft. 'Depressie en schizofrenie zijn hersenziekten' is in dit tijdsgewricht een door het publiek en de professie voor waar aangenomen uitspraak (Bentall, 2009). Enkele decennia geleden waren psychiatrische ziekten 'veroorzaakt door de maatschappij'.

Deze drastische veranderingen in wenselijke simplistische opvattingen

bracht de kritische neurowetenschapper Elliot Valenstein (1998) ertoe te spreken over 'psychobabbel' en 'biobabbel'.

Tegenwoordig is biobabbel in zwang.

Ondanks gedetailleerde kennis van de neurochemie weten we bijvoorbeeld nog steeds niet hoe en waarom psychofarmaca

kunnen werken, en blijkt hun effectiviteit veel geringer te zijn dan de industrie ons probeert te doen geloven. Desondanks spreken dokters kritiekloos over de chemische onbalans in de hersenen die hersteld wordt door psychofarmaca; depressies worden veroorzaakt door te weinig serotonine et cetera. (zie voor uitgebreide analyses: Healy, 1997; 2004; Valenstein, 1998).

De oorzaken van de meeste psychiatrische aandoeningen zijn nog steeds niet bekend. In tegenstelling tot andere gebieden in de geneeskunde

van psychobabbel

naar biobabbel

biedt de psychiatrie nog veel ruimte voor uiteenlopende opvattingen en ideologieën. De wetenschappelijke fundering van de huidige psychiatrie is nog onvoldoende, ondanks het gebruik van ‘best available evidence-based medicine’, die weliswaar steun biedt bij behandelkeuzes in de praktijk maar geen uitsluitel geeft over de oorzaken van psychiatrische aandoeningen en werkingsmechanismen van behandelingen. In de huidige academische psychiatrie overheerst een sterk vooruitgangsgeloof; de Utrechtse hoogleraar psychiatrie René Kahn, bijvoorbeeld, brengt in zijn mediaoptredens vaak naar voren dat onze kennis in de psychiatrie enorm is toegenomen en dat psychiatrische aandoeningen veroorzaakt worden door gestoorde hersenen. Kennelijk is de behoefte om psychiatrische aandoeningen materieel tastbaar en organisch zichtbaar te maken nog steeds sterk, zoals ten tijde van Cotton en Freeman. Horwitz stelt in zijn intrigerende studie *Creating Mental Illness* (2002) dat maar een beperkt aantal psychische toestanden geestesziekte genoemd kan worden. De meesten zijn echter sociaal-culturele constructies, normale reacties op stress of eenvoudige vormen van afwijkend gedrag. Volgens hem hebben verschillende groepen in de samenleving belang bij de benoeming van geestesziekten, zoals wetenschappelijke onderzoekers, patiëntenbelangengroepen, farmaceutische industrieën en iedereen die het ziektemodel voor psychische problemen voorstaat. De laatste jaren is aangetoond dat farmaceutische industrieën bewust invloed uitoefenen op het definiëren van ‘nieuwe’ psychiatrische aandoeningen en daardoor de markt van psychofarmaca verbreden (zie bijvoorbeeld Healy, 1997, 2004; Lane, 2007; Dehue, 2008).

Agressieve behandelingen van geesteszieken zijn in zekere zin niet nieuw, ze zijn eeuwenoud en primitief. Dat de psychiatrie nog steeds deels een afspiegeling van de samenleving vormt, daarvoor hoeven psychiaters zich niet te schamen, maar ze moeten zich daar wel van bewust zijn, zodat ze het hoofddoel van hun werk niet uit het oog verliezen: het bestrijden van het lijden van de patiënt.

Douwe Draaisma (2004) zegt: ‘Iedereen kent het verlangen een mysterieus verschijnsel te duiden in termen die je zelf denkt te begrijpen. Eenvoud is verleidelijk. Wetenschap is voor mensen die zich kunnen beheersen.’ (p. 140) Cotton en Freeman konden dat niet.



**Literatuur**

- Bentall, R. (2009). *Doctoring the mind. Why psychiatric treatments fail*. London: Penguin Books.
- Blok, G. (2004). *Baas in eigen brein. 'Antipsychiatrie' in Nederland, 1965-1985*. Amsterdam: Nieuwezijds.
- Braslow, J. (1997). *Mental ills and bodily cures. Psychiatric treatment in the first half of the twentieth century*. Berkeley: University of California Press.
- Dehue, T. (2008). *De depressie-epidemie*. Amsterdam: Augustus.
- Draaisma, D. (2004). *De vreugdeloze wetenschap. Waarom nieuwe inzichten weerstand oproepen*. Amsterdam: Meulenhoff.
- El-hai, J. (2005). *The lobotomist. A maverick medical genius and his tragic quest to rid the world of mental illness*. New York: John Wiley & Sons.
- Healy, D. (1997). *The antidepressant era*. Cambridge (Mas): Harvard University Press.
- Healy, D. (2004). *Let them eat Prozac. The unhealthy relationship between the pharmaceutical industry and depression*. New York: New York University Press.
- Hoffman, J.L. (1949). Clinical observations concerning schizophrenic patients treated by prefrontal leucotomy. *New England Journal of Medicine*, 241, 233-236.
- Horwitz, A.V. (2002). *Creating Mental Illness*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Lane, C. (2007). *Shyness. How normal behavior became a sickness*. London: Yale University Press
- Shorter, E. (1997). *A History of Psychiatry. From the era of the asylum to the age of Prozac*. New York: John Wiley & Sons.
- Scull, A. (2005). *Madhouse. A tragic tale of megalomania and modern medicine*. London: Yale University Press.
- Stoop, C. de (2007). *Het complot van België*. Amsterdam: De Bezige Bij.
- Swayze II, V.W. (1995). Frontal leucotomy and related psychosurgical procedures in the era before

antipsychotics (1935-1954). A historical overview. *American Journal of Psychiatry*, 152, 4, 505-515.

Valenstein, E.S. (1986). *Great and desperate cures. The rise and decline of psychosurgery and other radical treatments for mental illness*. New York: Basic Books.

Valenstein, E.S. (1998). *Blaming the brain. The truth about drugs and mental health*. Washington: The Free Press.

295

**Samenvatting**

A.L. van Bommel

'Furor therapeuticus. Agressieve behandelingen door megalomane psychiaters'

► In de twintigste eeuw paste de psychiatrie op grote schaal agressieve lichamelijke behandelingen toe zonder voldoende wetenschappelijke rechtvaardiging. Een mengsel van factoren speelde een rol: megalomane, eerzuchtige persoonlijkheden van dokters in combinatie met het overheersende maatschappelijke belang om psychiatrische patiënten kort en krachtig te behandelen, met zo weinig mogelijk overlast en voor zo weinig mogelijk geld. De invloed van dit soort factoren speelt nu nog.

**Personalia**

Dr A.L. van Bommel (1949), psychiater, is als hoofdopleider psychiatrie verbonden aan GGzE te Eindhoven.

al.van.bommel@ggze.nl

Reageer op dit artikel via

[www.trimbos.nl/mgv](http://www.trimbos.nl/mgv)

# Bijeenkomsten

**De bijeenkomstenagenda wordt wekelijks geactualiseerd op [www.trimbos.nl](http://www.trimbos.nl)**

Woensdag 7 april      Congres **ouderenspsychiatrie** 'En wat wilt u zelf', georganiseerd door het Kenniscentrum Phrenos. Dagvoorzitter: J. van Weeghel; sprekers: A.M. Pot, L. Korevaar, D. den Hollander, R. Kok. Thema's workshops o.a.: Herstellen en versterken van gezond functioneren; Systematisch Rehabilitatiegericht Handelen; Individuele Rehabilitatiebenadering en ouderen!; Chronisch ziek en voor altijd patiënt. Accreditatie aangevraagd bij nvvp. ► De Meervaart, Amsterdam | € 295,- | Logacom, 020 3203364 | [www.logacom.nl](http://www.logacom.nl)

Donderdag 8 - vrijdag 9 april      Congres Volksgezondheid '**Preventie en zorg**, beter in balans'. ► Doelen, Rotterdam | € 95,-/€ 300,- | de Congresbalie, Bredaseweg 108a, 4902 NS Oosterhout | 0162 432428 | [info@decongresbalie.nl](mailto:info@decongresbalie.nl) | [www.decongresbalie.nl](http://www.decongresbalie.nl) | [www.ncvgz.nl](http://www.ncvgz.nl)

Maandag 12 april      Symposium '**Verpleegkundig leiderschap**; de kracht van het verbinden', georganiseerd ter gelegenheid van het afscheid van P. Koopman als directeur van Adhesie. ► Schouwborg, Deventer | gratis | [a.wilpshaar@dimence.nl](mailto:a.wilpshaar@dimence.nl)

Dinsdag 13 april      Symposium '**Socratisch motiveren**, verleiden en therapeutisch nietsdoen'. Dagvoorzitter: M.T. Appelo; sprekers: A. van Minnen, S. Hoey The-Go, P. de Ruig, K. Hoogduin, E. Lootsma, C. de Neef, A. Broere, A. Minkman, B. Korstman. Accreditatie aangevraagd bij NIP, NVVP, FGZP. ► Pim Jacobs Theater, Maarssen | € 315,- (incl. boek) | Cure & Care, Postbus 5466, 6802 EL Arnhem | 026 3684411 | F 026 3684410 | [curecare@curecare.nl](mailto:curecare@curecare.nl) | [www.curecare.nl](http://www.curecare.nl)

Donderdag 22 april | **NIEUW**      Conferentie 'Ondersteunen van Herstel. Verschuivingen in waarden en invloed bij integrale en herstelondersteunende zorg voor mensen met **schizofrenie en psychosen**'. Dagvoorzitters: Y. Greving, W. van der Plas; sprekers: A. Goossensen, C. Slooff, G. Schout, A. van Dijk. Thema's workshops o.a.: Opleiden tot SRN-ontinker; Van verslavingszorg naar zorg voor verslaafden: herstel als leidend principe; Van dagbesteding naar begeleid leren en werk. Accreditatie aangevraagd bij NVVP en NVP. ► Adventskerk, Assen | € 15,-/€ 125,- | C. van Leeuwen, Stichting Recovery Nederland, 0518 490251 | [www.recoverynederland.nl](http://www.recoverynederland.nl)



- Donderdag 22 april      Studiedag '**Adolescenten!** Persoonlijkheidspathologie tussen wal en schip'. Dagvoorzitter: E. van Meekeren; sprekers: E. Crone, W. Heuves, J. Hutsebaut, B. van Klaveren, A. Koudstaal, N. Muller. ▶ Ede | € 275,- | Benecke, Arena Boulevard 61 - 75, 1101 DL Amsterdam | 020 7150600 | F 020 6918446 | www.benecke.nl
- Vrijdag 23 april      Congres 'Onmacht en kracht. Verborgene betekenissen, ongeziene mogelijkheden', georganiseerd door de Vereniging voor **cliëntgerichte psychotherapie**. Sprekers: M. Cooper, A. Wierdsma. Thema's workshops o.a.: Gecombineerde schemagerichte psycho- en muziektherapie met forensisch psychiatrische patiënten; Intercultureel en cliëntgericht; Suïcidaliteit en onmacht; Vrouwelijk ouderschap; Mentaliseren als psychotherapeutisch gereedschap. Accreditatie aangevraagd bij nvvp, FGZP, vcgp. ▶ Burgers Zoo, Arnhem | € 45,-/€ 190,- | vcgp, Maliebaan 50b, 3581 cs Utrecht | 030 2522044 | F 030 2522567 | vcgp@ision.nl | www.vcgp.nl
- Vrijdag 23 april      Studiebijeenkomst 'Evidentie en existentie. **Evidence-based behandelen** en verder...'. Sprekers: R. Abma, W. Krikilion, N. Stinckens, A. Heijst, G. Glas. Accreditatie aangevraagd bij nvvp, FGZP, vgvz. ▶ Maranathakerk, Tilburg | € 30,-/€ 60,- | ksgv, 013-4663342 | ksgv@ksgv.nl | www.ksgv.nl
- Vrijdag 23 april      Conferentie '**Seksuele opvoeding** van jonge kinderen: gewoon doen!', georganiseerd door de Rutgers Nisso Groep en het Fonds Wetenschappelijk Onderzoek Seksualiteit. ▶ Hogeschool Domstad, Utrecht | www.rutgersnissogroep.nl | www.fwos.nl
- Dinsdag 27 april      Studiebijeenkomst 'Jong geleerd, oud gedaan. **Intimiteit en seksualiteit in de ouderenzorg**'. Sprekers: M. Bos, M. Mulder, A. Neeleman, I. Muller-Schoof, M. Hop, R. Dijkman, M. Linschoten, P. van Mastrigt. Accreditatie aangevraagd bij nvmm. ▶ De Driehoek, Utrecht | € 345,- | S. Poorthuis, Medilex, Postbus 289, 3700 AG Zeist | 030 6933887 | F 030 6933287 | info@medilex.nl | www.medilex.nl
- zondag 16 – vrijdag 21 mei      Capita '**Persoonlijkheidsstoornissen**'. Sprekers: S. Colijn, D. Draaisma, M. Gundrum, E. van Meekeren, M. Thunnissen. ▶ Rome | € 1350,- | M. Wiegerinck, Benecke, Arena Boulevard 61 - 75, 1101 DL Amsterdam | 020 7150617 | marijke.wiegerinck@benecke.nl | www.benecke.nl
- Woensdag 19 mei | NIEUW      Studiebijeenkomst 'Oost west, thuis best? Aanpak van **huiselijk en eergelerateerd geweld**'. Dagvoorzitter: F. Kortmann; sprekers: D.S. Šarović, A. van Delft, L. Janssen, P. Ohlsen, Y. Akin, P. Gorgen, E. Janssens, L. Terpstra, J. Oenema. ▶ Het Klooster, Amersfoort | € 275,-/€ 395,- | Medilex, Postbus 289, 3700 AG Zeist | 030 6933887 | F 030 6933287 | info@medilex.nl | www.medilex.nl
- Woensdag 26 mei      Symposium '**Gedwongen uithuwelijking**. Preventie, signaleren, bespreken en hulp verlenen'. Dagvoorzitter: M. Albrecht; sprekers: M. Vorthoren, R. Ermers, N. Wassie, T. van Aerde. ▶ Aristo, Amsterdam | € 315,- | Leids Congres Bureau, Postbus 16065, 2301 GB Leiden | 071 5148203 | F 071 5128095 | info@leidscongresbureau.nl | www.leidscongresbureau.nl

## BIJEENKOMSTEN

Donderdag 27 mei | NIEUW      Symposium '**Directieve therapie**'. Sprekers: K. van der Velden, J. Withuis, P. Rijnders, M. Appelo, K. Korrelboom. Thema's workshops: Hypnose als onderdeel van directieve therapie; Vastgelopen behandelingen: diagnostiek en strategie; Socratisch Motiveren bij gedoe over veranderingen interventiestrategie. Accreditatie aangevraagd bij de VGCT, NIP, FGZP, NVVP. ▶ Pim Jacobs Theater, Maarssen | € 315,- (incl. boek) | Cure & Care Development, Groningensingel 1, etage 9a, 6835 EA Arnhem | 026 3684411 | F 026 3684410 | curecare@curecare.nl | www.curecare.nl

Donderdag 27 mei | NIEUW      Congres '**Wet maatschappelijke ondersteuning** en Welzijn Nieuwe Stijl 2010'.  
Dagvoorzitter: P. Hilhorst; sprekers: B. Holman, J. van der Lans, R. Lammerts. Thema's workshops o.a.: Hoe kunnen gemeenten en instellingen beter presteren op de Wmo?; Best Practises uit diverse prestatievelden van de Wmo; Hoe kunnen gemeente Wmo-budgetten bewaken en doeltreffend inzetten?; Toegankelijkheid van de Wmo-loketten; Het nieuwe profiel van de welzijnswerker. Accreditatie aangevraagd bij de VGCT, NIP, FGZP, NVVP. ▶ Pim Jacobs Theater, Maarssen | € 149,-/€ 299,- | M. van Duinen, Elsevier Congressen, Postbus 247, 3330 AE Zwijndrecht | 078 6253777 | F 078 6253840 | Marije.van.Duinen@reedbusines.nl | www.elseviercongressen/wmo

Vrijdag 28 mei      Studiedag '25 jaar **Moeder-kinderenheid**'. Sprekers: R. Docx, J. Raphael-Leff, M. Rexwinkel, G. Cluckers. ▶ Bethaniënhuis, Zoersel, België | PZ Bethaniënhuis, Andreas Vesaliuslaan 39, 2980 Zoersel, België | www.pzbethanienhuis.be

Donderdag 3 juni | NIEUW      Studiebijeenkomst 'Noodgedwongen? Van de BOPZ naar een nieuwe **dwangbehandelingswet**'. Dagvoorzitter: R. Zuijderhoudt; sprekers: K. Blankman, R. Helle, M. Gulpers, I. Smeets, A. Blok, E. Noorlander, F. Westenberg. Thema's workshops: Alternatieven voor beschermende maatregelen; Kwaliteits- en verantwoordelijkheidsverdeling; De rechten van jeugdigen bij gedwongen behandeling; Wet verplichte GGZ - omwenteling of aanpassing? Accreditatie aangevraagd bij NVVP, NIP. ▶ Antropia, Driebergen | € 295,-/€ 450,- | Medilex, Postbus 289, 3700 AG Zeist | 030 6933887 | F 030 6933287 | info@medilex.nl | www.medilex.nl

Donderdag 3 juni | NIEUW      Symposium 'Eigentijdse vaders. Een professioneel perspectief voor de **jeugdzorg**'.  
Dagvoorzitter: F. Öry; sprekers: L. Tavecchio, V. Duindam, H. Harthoorn, K. Mos, J.H. Six-van der Werf, J. de Haas, M. Delfos. Accreditatie aangevraagd bij NIP. ▶ De Reehorst, Ede | € 159,-/€ 179,- | scem Conference Services, Kerkstraat 21, 4196 AA Tricht | 0345 576642 | F 0345 571781 | scem@scem.nl | www.scem.nl

Vrijdag 4 juni | NIEUW      Congres 'Liefde en Haat', georganiseerd door de Vlaamse Vereniging voor **Clïëntgericht-Experiëntiële Psychotherapie** en Counseling. Sprekers: P. Verhaeghe, S. Keys. Thema's workshops o.a.: Het spanningsveld tussen over- en onderbetrokkenheid; Seksuele verlangens of afkeer van de therapeut; Destructieve gevoelens in de therapeutische relatie; Intimiteit in de therapeutische relatie. Accreditatie aangevraagd. ▶ Lamot Congress Centre, Mechelen (België) | € 75,-/€ 115,- | E. Van Diest, vvcepc, Rubensstraat 7, 2640 Mortsel, België | (+31) (0)488 575596 | secretariaat@vvcepc.be | www.vvcepc.be

Vrijdag 4 juni Valeriussymposium '**Soma en psyche: wetenschap en praktijk**'. Accreditatie aangevraagd bij NVVP, NIP. ► VU, Amsterdam | I. van Baardwijk of C. Sluis, PAOG cursus- en congresorganisatie, 020 4448444 | paog@vumc.nl

Zondag 13 – woensdag 16 juni Conferentie 'Migration, next generations and future of **transcultural psychiatry**'. Sprekers o.a.: D. Hinton, S. Hobfoll, L. Kirmayer, B. Mesquita, F. van den Vijver, J. Westermeyer. Accreditatie aangevraagd bij NVVP, FGZP, NIP. ► KIT, Amsterdam | € 300,-/€ 500,- | www.tp2010.org

299

Woensdag 23 juni Symposium 'Kortdurende psychologische interventies voor de **eerste lijn**'. Dagvoorzitter: X. Moonen; sprekers: K. Anneveldt, E. van Meekeren, T. van Gemert, H. Wiersema, G. Westermann, S. Leijser. Accreditatie aangevraagd bij NVVP, NVMW, VGCT, NIP. ► € 315,- (incl. boek) | Cure & Care Development Postbus 5466, 6802 EL Arnhem | 026 3684411 | F 026 3684410 | curecare@curecare.nl | www.curecare.nl

Donderdag 1 – zaterdag 3 juli Congres '**Borderline Personality Disorder**', georganiseerd door Association for Research in Personality Disorders, European Society for the Study of Personality Disorders, International Society for the Study of Personality Disorders, Central Institute of Mental Health, Mannheim, Charité Campus Mitte, German Association for Psychiatry and Psychotherapy, German Association for DBT. Sprekers o.a.: P. Fonagy, J. Gross, S. Herpertz, M. Linehan, A. Skodol, P. Tyrer. ► Berlijn, Duitsland | € 50,-/€ 350,- | CPO Hanser Service GmbH, Paulsborner Str. 44, 14193 Berlijn, Duitsland | +49 30300669-0 | F +49 30300669-50 | borderline-congress@cpo-hanser.de | www.borderline-congress.org

Vrijdag 1 oktober Congres 'Mythen, feiten, ontwikkelingen', georganiseerd door de Nederlandse Vereniging voor **Gerontologie**. Accreditatie aangevraagd bij NIP. ► De Reehorst, Ede | € 195,-/€ 295,- | NVG Congresorganisatie, Ketelweg 6, 8251 PR Dronten | 0321 333511 | F 0321 334000 | nvgcongres@solcon.nl | www.nvgerontologie.nl

Donderdag 4 – vrijdag 5 november Congres 'Over grenzen, de **verslavingszorg** voorbij', georganiseerd door Bouman GGZ ter gelegenheid van het 100-jarig bestaan. Sprekers: K.T. Brady, J. van Os, I. Franken, B. van de Wetering, W. van den Brink, A. de Beer, S. Harchaoui, P. Schnabel. Accreditatie aangevraagd bij NVVP, FGZP, VGCT, NIP. ► WTC, Rotterdam | BSL Cursussen & Congressen, 030 6383638 | F 030 6383990 | congressen@bsl.nl | www.bsl.nl/verslavingszorg

# Meester van je eigen leven

Verslag van het symposium 'Meester en vormgever van je leven', georganiseerd door HVO-Querido op 5 november 2009 te Amsterdam.  
Kosten: € 15,-. Aantal deelnemers: 350.

Het regende en waaide stevig buiten. In de foyer dampende jassen en beslagen brillen. Na een kopje hete thee zocht ieder, van lid van de cliëntenraad van Kijk en Duin tot aan de directeur van de Dienst Werk en Inkomen van Amsterdam, zijn plaats in de grote zaal van de grootste en oudste bewaard gebleven schuilkerk van Nederland.

Dit landelijk congres in de Rode Hoeding over cliëntgestuurde initiatieven in de breedste zin van het woord. De centrale thema's waren cliëntemancipatie en ervaringsdeskundigheid. De cliënten van HVO-Querido waren nauw betrokken bij de organisatie van deze bijeenkomst.

*Ria Klein*, voorzitter Centrale Cliëntenraad HVO-Querido, begon de dag met haar verwachting van het symposium: 'Cliënten en hulpverleners wakker schudden om toch vooral niet te vervallen in orde en maat zoals in de jaren vijftig.' Intussen keek Jaap Fransman, directeur HVO, vanaf de eerste rij hoopvol toe.

De eerste spreker was *Willem Kleine Schaars*, trainer en auteur, die enthousiast en gedreven zijn 'wks-model' uiteenzette door een aantal voorbeelden uit de praktijk te schetsen. De zaal luisterde aandachtig naar deze Wim Kan-achtige figuur voor zijn blauwe powerpointscherm. 'Onverklaarbaar' gedrag, aldus Schaars,

blijkt vaak heel goed verklaarbaar. Door goed te kijken en actief te luisteren, kunnen hulpverleners dingen ontdekken die ze nog nooit hebben gezien bij een cliënt. Binnen het wks-model verplaatsen hulpverleners zichzelf naar de achtergrond of verdwijnen ze zelfs helemaal. Dan nemen zorgvragers onvermoede initiatieven en cliënten kunnen elkaar onderling helpen als begeleiders niet op hun lip gaan zitten. Hoeveel ruimte iemand aankan, is voor elk individu anders. Een persoon wordt begeleid door een zaakwaarnemer en een procesbegeleider. De zaakwaarnemer ondersteunt het individu in zijn weg naar de balans in zelfbepaling. Hij overlegt en structureert waar nodig, om overvraging te voorkomen. De procesbegeleider begeleidt het proces tussen cliënt en zaakwaarnemer, en ziet erop toe dat het verantwoord verloopt. In wezen toetst hij de machtspositie van de zaakwaarnemer tegenover de afhankelijke cliënt. Hij geeft feedback zonder zich inhoudelijk met het probleem te bemoeien. Actief luisteren is in dit model een belangrijke pilaar. Dus niet het luisteren in de zin van wachten op een hap adem en dan snel de stilte opvullen met je eigen mening. Of luisteren en intussen zinnen op een oplossing. Actief luisteren is ruimte maken, zonder oordeel, voor het verhaal van de ander. Het model bleek in de praktijk verrassende gevolgen te hebben voor cliënten. Mensen die niet in staat werden geacht zelf keuzes te maken, deden dit wel.

In zijn rol van kritisch volger noemde *Wouter van Ewijk*, lid Raad van Bestuur VU Medisch Centrum, het verhaal van Schaars idealistisch. Bedoelde hij hiermee op een fatsoenlijke manier te zeggen: 'Dat kunt

u allemaal wel zo mooi vertellen maar de werkelijkheid is weerbarstig en ik heb het idee dat u deze werkelijkheid uit de weg gaat? Daarna schetste hij de sleetse klassieker waarin ingegrepen moet worden met een IBS (inbewaringstelling). Van zelfbepaling kan dan geen sprake meer zijn, aldus een sceptische Van Ewijk. Een weerwoord kwam van zijn buurvrouw die nuchter vertelde over twee ervaringen. De eerste was dat ze bij binnenkomst direct voor drie weken werd gesepareerd – wat voor haar buitengewoon beangstigend was. In een ander ziekenhuis maakte ze mee dat ze haar bij binnenkomst eerst te eten en te drinken gaven en vroegen: ‘In welke kamer wil je zijn? Wil je in de separeer tot rust komen?’ Zij vond dit zeer troostend. Waarmee ze wilde zeggen dat in de grote gekte, om het zo maar even te noemen, vormen van respect mogelijk zijn.

### **Je eigen stek**

De film *Je Eigen Stek*, genoemd naar het gelijknamige project, liet in heldere beelden zien hoe de rollen cliënt en hulpverlener een fundamentele verandering ondergaan. Je Eigen Stek (JES) is een doorstroomhuis in zelfbeheer met een toekomstvisie voor ex-daklozen zonder verslavingen of psychische problemen. Het gaat bij het project om zelfstandigheid en verantwoordelijkheid. Hulpverleners hebben een faciliterende rol. Men mag er een jaar wonen als opstap naar een eigen woning. De bewoners hebben het beheer van het huis geheel in eigen hand. *Robert Goslinga*, voorzitter JES, vertelde dat men er vaak van uitgaat dat dakloosheid hetzelfde is als niet zelfstandig kunnen

denken. ‘We hebben geen achtfasenplan of welk plan dan ook. Wij kijken naar de mens, de persoon die zelf mag beslissen.’ Maar de krapte op de huizenmarkt blijkt zoals voor iedere Amsterdammer een probleem te zijn. De wachttijden voor een woning zijn lang.

301

### **Ervaringsdeskundigheid**

De zaal werd pijnlijk stil toen Annette Plooy, onderzoeker bij het Kenniscentrum Rehabilitatie (nu Stichting Phrenos), ervaringsdeskundigheid een veredelde arbeidstherapie en grenzeloos paternalisme noemde. Het karretje waarop Plooy haar verhaal over ervaringsdeskundigheid vervoert is gebouwd uit wantrouwen. Ook is er een bittere ondertoon hoorbaar. Hierover wil ik opmerken dat ze met dit standpunt mensen niet dichter bij elkaar brengt of verbindt. Integendeel, ze roept er zwart-witdenken mee op, een zij-wijsituatie. Een aarzelend weerwoord kwam van een ervaringsdeskundige uit de zaal die vertelde over haar rol als bondgenoot en ondersteuner van de cliënt in het herstelproces. Uiteindelijk gaat het om de herkenning van de positie van de cliënt, en die is niet sterk.

Na afloop merkte een van de bezoekers op dat hij in de discussie over ervaringsdeskundigheid miste dat hulpverleners er rekening mee moeten houden dat er in het hulpverlenings-/herstelproces een andere dynamiek ontstaat wanneer je ervaringsdeskundigheid inzet. Een ervaringsdeskundige zoekt de nabijheid en dat staat haaks op de nog altijd heersende gedachte ‘de expert staat boven het persoonlijke’. De verbinding vriendschap en professionaliteit wordt door hulpverleners nog altijd

als verwerpelijk ervaren, zei hij tot slot en liet zich oplossen in het gure herfstweer.

### Meer ruimte voor fouten

Na een optreden van emeritus hoogleraar Historische Nederlandse Letterkunde *Herman Pleij* die op cabaretse manier, bijna niet te volgen door de vele zijpaden, de geschiedenis van de ervaringsdeskundigheid schetste, was het aan het interactief theater Kapok om de dag af te sluiten. Zij speelden een scène met een open eind, waarvan de zaal besliste over het vervolg. De conclusie van de slotscène was dat zowel de cliënt als de hulpverlener meer ruimte moet krijgen om fouten te maken.

Het is onmogelijk niet slapende mensen wakker te schudden. Echter Ria Klein hoeft niet bang te zijn dat we terug keren naar de jaren vijftig. De weg die door het HVO-Querido is ingezet met projecten als JES, is onomkeerbaar door de kracht van zelfbeheer.

#### WIM KANNEKENS

Sociaal psychiatrisch verpleegkundige,  
Amsterdam

## De onstuitbare opmars van de GZ-psycholoog

Verslag van 'Het 1e Jaarsymposium GZ-psychologie', georganiseerd door Benecke, op 6 november 2009 in Amsterdam. Aantal deelnemers: 138. Prijs: € 275,-.

Het Jaarsymposium GZ-psychologie dat dit jaar voor het eerst georganiseerd werd,

beoogde een geheel op de gezondheidszorgpsychologie toegesneden, 'eigen' overzichtssymposium te zijn, met de nadruk op de belangrijkste actuele ontwikkelingen binnen het vakgebied. Dagvoorzitter *Jan Derksen*, hoogleraar klinische psychologie aan de Universiteit van Brussel, vertelde dat de GZ-psychologie een hoge vlucht neemt. Op dit moment zijn er circa 12.500 GZ-psychologen, twee keer zo veel als het aantal psychotherapeuten en vier keer zo veel als het aantal psychiaters. De verwachting is dat het vakgebied en diens betekenis binnen de GGZ de komende jaren alleen maar blijft groeien. Reden genoeg voor het introduceren van een 'eigen' vakblad: het nieuwe tijdschrift *GZ-psychologie*. Derksen lanceerde de eerste uitgave van dit blad, waarvan hij hoofdredacteur is.

De eerste voordracht werd gehouden door *Giel Hutschemaekers*, directeur van het Gelderse Roos Instituut voor Professionalisering (GRIP) en inmiddels hoogleraar klinische psychologie aan de Radboud Universiteit. Hij leidde de dag in door het thema van zijn voordracht, 'Hoe om te gaan met DBC's?' in een breder kader te plaatsen. In vogelvlucht vatte hij de ontwikkeling van de zorg, vanaf de naoorlogse situatie tot heden, samen. Hij gaf daarbij een helder overzicht van trends in professionalisering en differentiatie, gevolgd door het streven om hier greep op te krijgen door uniformiteit te bewerkstelligen. Opvallend gegeven is, volgens hem, dat er in tijden van crisis in de zorg, doorgaans vanwege bezuinigingen, veel creativiteit loskomt en vernieuwingen plaatsvinden (een troostrijke gedachte in economisch onzekere tijden).

Voorbeelden van mijlpalen in de geschiedenis van de zorg zijn de antipsychiatriebeweging, de verbreding van de psychiatrie naar de geestelijke gezondheidszorg, het ontstaan van nieuwe disciplines en hierdoor de steeds belangrijkere rol van de psycholoog. De DBC's vormen binnen dit proces een ultieme poging om uniformiteit en standaardisering te bereiken: 'op ieder potje past een (financieel) dekseltje'.

De vraag is of dit een gunstige ontwikkeling is of dat men nu toch iets te ver is doorgeschoten in de hang naar regulering. Hutschemaekers sloot af met het schetsen van drie mogelijke toekomstige ontwikkelingen: de uniformering wordt verder doorgezet; er komt meer differentiatie in stoornis en interventie; of er komt differentiatie in discipline en context. Voor deze laatste optie zet het CONO (Coördinerend Orgaan Nascholing en Opleiding in de GGZ) zich in door de erkenning van profielen voor belangrijke disciplines. Profielen voor de verslavings-, eerstelijns- en ouderenzorg zijn al goedgekeurd.

### Evidence noodzakelijk?

Ger Keijsers, universitair hoofddocent aan de Radboud Universiteit, hield een bevolgen pleidooi voor het gebruik van *evidence-based* behandelingen (empirically supported treatments, EST's) – mits die er zijn. Fijntjes wees hij erop dat deze er in de meeste gevallen nog ontbreken, namelijk bij 247 van de 287 DSM-IV-diagnoses. Hij liet zien dat effectstudies zijn visie ondersteunen: diagnosespecifieke, protocollaire behandelingen hebben een hoge *effect size* (1.00 - 3.00). Ontbreekt er een EST, dan is

de beschrijving door een expert (*best practice*) de op een na beste optie. Geregistreerde psychotherapeuten kregen ervan langs: volgens onderzoek gebruikt de helft van hen geen *evidence-based* behandelingen en heeft bijna een kwart er zelfs nog nooit van gehoord.

Keijsers bracht enige nuancering aan in zijn betoog door erop te wijzen dat bij effectonderzoek de controlegroepen vaak geen kwalitatief goede behandelingen ondergaan, waardoor het risico bestaat dat men appels met peren vergelijkt. Ook dient men volgens hem de protocollen niet zozeer naar de letter, maar naar de geest uit te voeren. Er moet ruimte blijven voor persoonlijke invulling. Een levendige discussie over het onderwerp, die hij naar zijn zeggen ambieerde, bleef uit. De spreker leek toch vooral gedreven zijn eigen boodschap kwijt te kunnen en ging nauwelijks in op kritische vragen van het publiek.

### Volg de ontwikkelingen

Terecht werd er tijdens het symposium ook aandacht besteed aan de jeugdgezondheidszorg, de sector die de laatste jaren vaak in de schijnwerpers staat en alsmaar groeit. *Elske Sigmond-de Bruin*, hoofddocent van de opleiding tot GZ-psycholoog en universitair docente orthopedagogiek, ging in op de vraag wat kinderen en jeugdigen in de zorg nodig hebben en wat de GZ-psycholoog hen kan bieden. Zij pleitte ervoor dat GZ-psychologen problemen niet alleen classificeren, maar ook verklaren, zodat ze zorg op maat kunnen bieden. GZ-psychologen zouden niet alleen moeten focussen op het kind, maar ook contextfactoren (ouders, gezin) op wetenschappe-

lijke wijze in kaart moeten brengen. Naast de onmogelijkheden van de omgeving van het kind verdienen ook de mogelijkheden aandacht als ingang voor de hulpverlening. Kortom, volgens haar heeft de jeugdzorg GZ-psychologen nodig die kritisch kunnen reflecteren.

### **Psychofarmaca**

De namiddag begon met een in onze ogen solide, maar ook langdradig verhaal over de effecten en bijwerkingen van psychofarmaca van *Els Graafsma*, klinisch psycholoog, P-opleider, GGZ Noord-Holland Noord, dat ons minder op zijn plaats leek op een overzichtssymposium, maar meer op een studiebijeenkomst. Binnen deze context had zij uitgebreider mogen stilstaan bij de rol die GZ-psychologen zouden kunnen spelen bij het verstrekken van psychofarmaca en hoe zij zouden kunnen helpen ondoelmatig gebruik van psychofarmaca tegen te gaan.

*Wies van den Bosch*, klinisch psycholoog en onderzoeksadviseur bij Pro Persona – nationaal en internationaal bekend door haar implementatie van en onderzoek naar het dialectische gedragstherapie (DGT)-programma – illustreerde het probleem van de psychofarmaca met de uitspraak: ‘Spreek maar eens een psychiater tegen die de medicatie verstrekt!’ Met haar droge humor en verfrissend energieke én eigenzinnige inbreng schudde zij de zaal wakker uit de middagdip. Er werd gelachen en instemmend gemurmeld. Haar grote bijdrage aan deze dag was dat zij de GZ-psychologen, ‘de ruggengraat van de GGZ’, een hart onder de riem probeerde te steken. Vanuit haar kritiek op het dichotoom denken (wel of niet ziek) en medica-

tiebeleid dat mensen het geloof in eigen kunnen ontnemt, formuleerde zij de taak van de GZ-psycholoog: ‘Luister naar het individu en probeer te begrijpen én begrijpelijk te maken wat de klachten zijn en waar zij vandaan komen. Zoek samen met de cliënt naar de minst ingrijpende oplossing, bij voorkeur een die de zelfwaardering van de cliënt versterkt en niet zijn rol van patiënt.’

In zijn referaat over ‘Het samengaan van psychiatrische en psychologische diagnostiek in de DSM-V’ beschreef *Paul van der Heijden*, docent vakgroep pedagogiek en klinische psychologie, Radboud Universiteit, de trend om bij het komende classificatiesysteem meer uit te gaan van probleemdimensies en het niveau van functioneren en adapteren. Deze laatste bijdrage was, in geval van afnemende concentratie, vrij zware kost, maar schetste de contouren van een zeer interessante, veelbelovende ontwikkeling.

#### **UTA KRÖGER**

Klinisch psycholoog / psychotherapeut, Van der Hoeven Stichting, Utrecht

#### **HANS VAN GEEST**

Klinisch psycholoog / psychotherapeut, Van der Hoeven Stichting, Utrecht



## Alledaags ongewoon

Verslag van het 5e Schizofreniecongres 'Het alledaagse ongewoon', georganiseerd door de Schizofreniestichting en het Kenniscentrum Rehabilitatie op 19 november 2009 te Zwolle.  
Prijs: € 195,-. Aantal deelnemers: 600.

Volgens de traditie vond eind november 2009 het Schizofreniecongres plaats, voor het laatst onder deze naam. Begin 2010 is de Schizofreniestichting gefuseerd met het Kenniscentrum Rehabilitatie tot Kenniscentrum Phrenos (Grieks voor 'geest'; bedacht door Yvette Roet, GGZ-NHN). De eerste spreker *Mette Larsen* (voorzitter Anoksis, vereniging voor mensen met chronische psychose of schizofrenie) vertelde dat sinds september 2008 het bestuur van Anoksis prioriteit geeft aan het doorbreken van de negatieve beeldvorming over schizofrenie. De campagne voor een nieuwe naam heeft uiteindelijk geleid tot een naam die acceptabel, begrijpelijk, eerlijk en dekkend wordt geacht: het Disfunctionele Perceptie Syndroom (DPS). Hopelijk heeft de discussie rond deze nieuwe naam een gunstige weerslag op beeldvorming, behandeling en onderzoek.

Na het cliëntenperspectief was er ruimte voor het perspectief van naastbetrokkenen. *Marja Hasert* (voorzitter Ypsilon, vereniging van familieleden van mensen met schizofrenie) liet in haar 'verjaardagsrede' zien dat de 25-jaar oude vereniging nog niets aan strijdbaarheid heeft verloren. Hasert vertelde over haar wonderlijke jeugd die een rijke rugzak met ervaringen opleverde. Zo leerde zij dat het voor hulpverleners nog steeds niet vanzelfsprekend is om familie te betrek-

ken, bijvoorbeeld door gewoon terug te bellen of om uitleg te geven over de (on)mogelijkheden als familielid. Deze 'praktijkopleiding' gebruikt Hasert nu als familie-ervaringsdeskundige bij twee wijkteams. Hasert betoogde bovendien dat niet meer de noodzaak maar de inhoud van familiebeleid aandacht behoeft. Ypsilon deelt daarom 'sterren' uit aan instellingen die het goed doen, de 'best practices'.

305

### Stemmen in beeld

*Iris Sommer* (psychiater UMC Utrecht), onderzoeker van de oorzaken van stemmenhoren, vertelde dat bij fMRI-onderzoek naar de hersenactiviteit tijdens het stemmenhoren vooral de rechterhersenhelft (geassocieerd met emotie) actief blijkt te zijn. Dit is opmerkelijk aangezien bij de meeste mensen de linkerhersenhelft zich met taal bezighoudt. Het is dan ook goed mogelijk dat de stemmen 'getriggerd' worden vanuit het geheugen, waarin emoties als hoop, vrees en schaamte zijn opgeslagen. Verder blijkt dat stemmenhoren niet ontstaat door een te rijke verbeelding. Behandeling van patiënten met laagfrequente transcraniële magnetische stimulatie (rTMS) lijkt vooralsnog teleurstellend; alternatieven zijn mogelijk hoogfrequente rTMS, toediening van canabidiol of invasieve neuromodulatie.

*Bert van Hemert* (psychiater Parnassia Bavo Groep en bijzonder hoogleraar epidemiologie van de OGGZ aan het Leids Universitair Medisch Centrum) startte zijn presentatie met een ochtendrapport van de crisisdienst. Onder Openbare Geestelijke Gezondheidszorg vallen alle activiteiten die niet worden uitgevoerd op geleide van een hulpvraag van de patiënt

zelf. Van Hemert liet zien hoe, bijvoorbeeld bij de zorg voor daklozen met een psychiatrische stoornis en een verslaving, de domeinen ‘psychiatrie’ en ‘publieke gezondheidszorg’ elkaar overlappen. Hij pleitte voor een gestroomlijnde toeleiding naar geïndiceerde zorg via een centraal meldpunt, nadat problematiek door verschillende instanties kan zijn gesignaleerd.

### Vroegdetectie

Sinds vorig jaar is het traditie om de ochtend te besluiten met de Rob Giel-lezing, genoemd naar de onlangs overleden Groningse nestor van psychiatrisch epidemiologisch onderzoek in Nederland en leermeester van meerdere aanwezigen. *Jos Dröes* (psychiater, Bavo Europoort, Stichting rehabilitatie '92), hield een bewogen verhaal met als belangrijkste boodschap dat ervaringen, gedrag en emoties van mensen met schizofrenie niet alleen beschouwd moeten worden in het perspectief van symptomen of genezing, maar ook als persoonlijke, individuele manieren van omgaan met en zoeken naar herstel van de psychose.

Onder voorzitterschap van *Cees Slooff* (psychiater GGZ Drenthe) werd tijdens het middagsymposium vroegdetectie van psychotische symptomen belicht. *Don Linszen* (emeritus hoogleraar psychiatrie AMC de Meren Amsterdam) benadrukte het belang om zo snel mogelijk te beginnen met de behandeling van psychotische symptomen om hiermee de transitie naar een psychose zo veel mogelijk te voorkomen. Vroege opsporing gebeurt in Den Haag, aldus *Mark van der Gaag* (klinisch psycholoog Parnassia Den Haag), door alle hulpzoe-

kenden tot 35 jaar een screeningslijst te laten invullen waarmee ‘stille’ eerste psychosen en ultra-hoog-risicopatiënten kunnen worden opgespoord.

*Rianne Klaassen* (adolescentenpsychiater Rivierduinen Leiden) pleitte voor het zogenaamde *clinical staging model* dat ook in de somatische geneeskunde wordt toegepast: screenen en behandelen van risicosymptomen om erger te voorkomen. Voorwaarde is wel dat je dan op de hoogte bent van de ontwikkelingsfase (*stage* en *age*) waarin de patiënt verkeert. *Lex Wunderink* (psychiater GGZ Friesland Leeuwarden) onderkende het belang van vroege opsporing maar waarschuwde voor het voorbarig behandelen van ultra-hoog-risicopatiënten met antipsychotica, gezien de schade die deze kunnen aanrichten. Hij pleitte daarom voor het duidelijk bepalen van de grenzen tussen ultra-hoog-risicosymptomen en echte psychotische symptomen, met name bij jonge mensen tussen 14 en 30 jaar.

De workshop van *Bas van Oosterhout* en *Suzanne Roefs* (resp. klinisch psycholoog i.o. en psychotherapeut i.o. Reinier van Arkel Groep Den Bosch) ging over de ‘competitive memory training’ (COMET) voor mensen die stemmen horen. Deze training is ontwikkeld als gedragstherapeutische interventie om de cliënt sterker te laten worden. Vanuit het publiek kwam de suggestie om familie erin te betrekken. Ten slotte werd in groepjes geoefend. Een leuke workshop over een interessante en zinvolle training. Het protocol van COMET is te downloaden op [www.gedachtenuitpluizen.nl](http://www.gedachtenuitpluizen.nl).

### Verstandelijke handicap

Veel mensen zullen zich de publiciteit herinneren over het meisje Venema die door een falende aanpak ernstig gedraggevoerd werd. In zijn praktijk als adviseur bij de werkgroep die naar aanleiding hiervan werd opgericht, ziet *Willem Verhoeven* (opleider psychiatrie Topklinisch centrum voor Neuropsychiatrie Venray en bijzonder hoogleraar Erasmus MC) veel mensen met verstandelijke handicaps en psychotische symptomatologie. Slechts bij weinigen blijkt sprake van 'gewone' schizofrenie. Iets vaker is er sprake van een 'cycloïde' psychose, waarbij de patiënt na of tussen de psychosen door volledig herstellen, van bijwerkingen van anti-epileptica of symptomen geassocieerd aan een (organische) aandoening zoals het syndroom van Prader-Willi, een chromosomale afwijking die leidt tot lichamelijke en verstandelijke aandoeningen en mogelijk op psychosen op latere leeftijd. Voornamelijk treft Verhoeven echter gedragstoornissen als gevolg van (chronische) overvraging van de verstandelijk gehandicapte of van somatische problemen zoals slecht zien en horen of afwijkende schildklierfuncties. Te vaak worden antipsychotica voorgeschreven, waar een goede structuur en continuïteit in de zorg zou kunnen volstaan.

### Multi Family Group

In deze workshop van *Ingeborg Siteur* (psychiater GGZ Altrecht) en *Hettie Staats* (hoofd Preventie en Dienstverlening GGZ Duin en Bollenstreek) maakten we kennis met een trainingsmethode voor gezinnen waarvan een lid schizofrenie heeft. De training start met gezinnen apart, gevolgd door een kennismakingsdag met meerdere

gezinnen waarin psycho-educatie wordt gegeven en eindigt met groepstrainingen. Net als de training had de workshop zelf een gestructureerd karakter waardoor alle deelnemers actief moesten meedoen. Helaas kwam juist het rollenspel niet helemaal uit de verf, wellicht door gebrek aan gedeelde belangen en geschiedenis. Duidelijk werd wel dat dit een hoopvolle aanpak is die een plek verdient in het aanbod van elke GGZ-instelling!

*Vincent Bijlo* verzorgde de afsluiting met een spitsvondige en kritische conferentie met als thema 'Ik word gek van mezelf' en deelde de posterprijzen uit aan respectievelijk *Edith Liemburg* (UMCG; wetenschap), *Henk Willem Klaassen* (GGZ NHN; zorginnovatie) en *Mariëlle de Ruijter* (Symfona groep; publieksprijs).

#### AGNA BARTELS

#### JOOSKE VAN BUSCHBACH

Onderzoekers Rob Giel Onderzoekcentrum, Universitair Centrum Psychiatrie, RUG, Groningen.



# Een kind komt altijd bovendrijven

## Beelden



### My Queen Karo

België/Nederland 2009, 101 minuten  
Regie: Dorothée van den Berghe, met Anna  
Franziska Jäger, Matthias Schoenaerts en  
Déborah François.

De tienjarige Karo verhuist begin jaren zeventig vanuit het brave België naar Amsterdam, 'waar alles mag'. Haar dominante en charismatische vader Raven leidt een groep Belgen naar het beloofde land: een beuk met de koevoet, hard duwen, en daar staan ze in hun loodsachtige verdieping op de Walletjes. Moeder Dalia is Franstalig en geen activist maar een lief hippiemeisje. 'Alles is van iedereen' klinkt

nog makkelijk, want er is niets. Karo ziet het met stille, verwonderde ogen aan, schuw voor het kabaal van hameren en harde Hollandse stemmen. Ze komt op de anti-autoritaire school waar écht alles mag en waar dus chaos en drukte heersen. Op hun muurloze verdieping tekent zij al snel de contouren van een 'eigen' kamer op de grond. Verder zijn in het begin alleen wat tafels, stoelen, matrassen, kleren, bierflesjes en een stencilmachine los door de ruimte gedrapeerd.

Raven neemt Karo mee naar allerlei krakersbijeenkomsten en solidariteitsmanifestaties. Hij doet daar ook de even vrij-

gevochten Alice op en die trekt al snel met haar twee kinderen in, vrij van haar huwelijk met de bourgeois Frans. Er wordt op de matrassen gevreeën dat het een lust is, in allerlei (volwassen) combinaties. Dalia doet niet mee en ziet het met lede ogen aan: zij is nog niet rijp voor de vrije liefde. Karo trekt zich zo veel mogelijk terug en wordt nukkig tegen alles en iedereen. Raven maakt straatkunst om niet en gaat her en der proletarisch winkelen om aan de dagelijkse behoeften te komen. Dalia weet met haar vaardigheden als kleidingontwerpster wat geld te verdienen, maar houdt dit voor de zekerheid geheim – en al helemaal dat zij voor gas, water en licht betaalt aan de eigenaar van de woning.

Karo hangt beurtelings aan beide ouders, verzet zich tegen de indringer Alice en probeert nadrukkelijk Raven en Dalia te verzoenen. Maar zij heeft in het begin vooral steun aan het hoertje Jacky van beneden. Die wordt door de krakers genegeerd – niet om haar werk natuurlijk, maar omdat zij zich zo burgerlijk kleedt en omdat haar benedenetage zo keurig is ingericht. Jacky brengt Karo aan het zwemmen en brengt haar heel nadrukkelijk bij dat ze altijd iets voor zichzelf moet hebben en dat ze moet doorzetten met zwemmen. Dalia's zus, een non, komt op bezoek en geeft haar ook iets mee voor zichzelf, het geloof. Karo lijkt geleidelijk te wennen aan het krakersbestaan en via het spelen met kinderen van Alice komt er een beetje verzoening. Maar na een vakantie vol naakt zwemmen blijkt Dalia in huis een afscheiding te hebben gemaakt voor een eigen atelier. Als alles escaleert zoekt Karo haar toevlucht eerst bij de

burgerlijke Frans en daarna bij Dalia, een teleurgestelde Raven achterlatend. In de slotscène benut zij haar zwemcapaciteiten om Dalia's pronkstukken op te duiken in de gracht waar Raven ze in had gekieperd.

### Vette symboliek

Ondanks de opeenstapeling van heftige personages en dramatische verwickelingen voelt het verhaal authentiek aan. Dat is niet verwonderlijk omdat de regisseuse ongeveer hetzelfde is overkomen. Juist in deze voor Karo en voor ons vervreemdende omgeving komen de meest elementaire aspecten van kind zijn mooi tot hun recht: de behoefte aan overzichtelijkheid en veiligheid, de loyaliteit tegen de klippen op aan de ouders, het verlangen om op je eigen manier net als ieder ander te zijn. En heel tastbaar wordt wat daar een bedreiging voor vormt: het ontbreken van een eigen plek, een vast dagritme, voldoende rust en een duidelijke verhouding tussen de beide ouders. En schrijnend wordt het misverstand als de volwassenen denken dat een tienjarig kind net zoals zij wil experimenteren en zelf keuzes wil maken, terwijl het kind zich alleen geborgen wil voelen en weten in de bescherming van haar ouders. Dit blijft allemaal overeind doordat ook duidelijk wordt dat het niet alleen maar ellende is voor Karo, dat zij omringd wordt door goed bedoelende en vaak ook aardige mensen en dat zij tal van manieren vindt om voor zichzelf troost en ontsnapping te vinden. Het kind is geen eindimensionaal slachtoffer en de ouders zijn niet alleen maar daders, maar dat doet niet af aan de hier blootgelegde mechanismes van verwarring en vervreemding. Het is een behartigenswaardige boodschap

van een film die helaas nogal boodschapp-erig is. Alles wordt flink vet uitgespeeld, elke scène heeft een overduidelijke functie in het verhaal en de symboliek van Karo's schommelen, zwemmen en de relatie met haar egeltje ligt er dik bovenop. De film is zo didactisch dat die niet echt ontroert en meeslept en ook niet helemaal realistisch aandoet. Er zit te weinig lucht in de karakters, situaties en dialogen, er gebeurt te weinig vanzelf en zelfs de meest belachelijke dingen worden met grote ernst gebracht. De regisseuse drukt zorgvuldig de knoppen van haar controlebord in en laat ons weinig ruimte om mee te fantaseren, verwonderen en mediteren.

### **Functioneel naakt**

Een verhaal apart is het bloot en de seks in de film. In haar drang naar didactisch realisme brengt regisseuse van den Berghe dit in beeld op een manier die we niet meer zo gewend zijn op film. Frontaal bloot en vrijen worden getoond op een manier die tegenwoordig als te provocerend of te banaal de wenkbrauwen zou doen fronsen. De beelden van naakt spelen en zwemmen

van kinderen, speciaal van meisjes met beginnende borstjes als de hoofdrolspeelster, zal de keuring in menig land niet zomaar passeren. Maar los van het feit dat het ongetwijfeld realistisch is en daarmee in deze film ook wel functioneel, zet het lichte ongemak van deze scènes ook aan het denken over een zekere onbevangenheid die sinds de jaren zeventig verloren is gegaan. Naakte tieners duiden niet op exploitatie of pedofilie en verdienen op voorhand geen moralisme. Mooi dat een film die voortdurend zo'n zwaar beroep doet op onze moraal die juist het meest prikkelt als het niet bedoeld is.

### **ROB HOUTEPEN**

Reacties zijn van harte welkom op  
r.houtepen@hes.unimaas.nl

### **Voor filmadviezen**

zie [www.trimbos.nl/mgv](http://www.trimbos.nl/mgv)



# Boeken

311

H. HORNSVELD & S. BERENDSEN (2009).

## Casusboek EMDR

Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 358 p. + DVD, € 37,50.

EMDR is niet meer weg te denken als behandelvorm voor traumagerelateerde klachten en stoornissen, en is dan ook opgenomen in de verschillende nationale en internationale richtlijnen. In Nederland worden steeds meer therapeuten getraind in deze behandelvorm. Twee leerboeken EMDR werden al uitgegeven en dit *Casusboek EMDR* sluit daarop aan. De redacteuren van dit boek zijn ervaren EMDR-therapeuten van de tweede generatie. Zij werden niet getraind door Francine Shapiro, maar door de Nederlandse eerste generatie Ad de Jonghe en Erik ten Broeke.

Het casusboek is – zoals het zelf al zegt – een boek vol met praktijkvoorbeelden van EMDR-therapeuten met veel ervaring. Als EMDR-therapeut dacht ik in eerste instantie, geweldig om in de ‘keuken’ van een ander te kijken en te leren van andere ervaren therapeuten. Tegelijkertijd dacht ik als recensent: voor wie is dit boek nu eigenlijk geschreven? De redactie wil graag laten zien dat EMDR niet alleen voor traumagerelateerde problematiek kan, of gezien de richtlijnen moet, worden ingezet, maar dat EMDR een breder

werkterrein kan omvatten. Is het bedoeld om EMDR-therapeuten te ondersteunen in hun werk en heeft het daarmee meer een intervisie-achtig karakter, of dient het om ‘anderen’ ervan te overtuigen dat er meer indicaties voor EMDR zijn dan men denkt? Als het boek bedoeld is voor EMDR-therapeuten, dan is het lezerspubliek (hoewel dat groeiende is) beperkt. Als het bedoeld is voor ‘anderen’, dan blijft het te veel hangen op casusniveau (n=1). Overigens geeft de redactie in de inleiding aan dat er wel een verband moet zijn tussen gebeurtenis(sen) en klachten, maar dat het type klachten niet uitmaakt.

Het gevaar is dat EMDR wordt gezien als wondermiddel. Naar mijn idee is de redactie hiermee adequaat omgesprongen door op te merken dat het in het boek gaat om ervaringen en dat wetenschappelijke kennis op dit moment nog onvoldoende is.

Iedere casus heeft dezelfde opbouw, namelijk Klachten en voorgeschiedenis, Waarom EMDR?, Verloop van de EMDR-behandeling, en Discussie en beschouwing. In paarse kaders zijn de vignetten uitgewerkt, die op een mooie manier de tekst ondersteunen. De casusbeschrijvingen zijn over het algemeen succesverhalen. De redactie merkt op dat schrijven over succes aangenamer is dan schrijven over vastgelopen zaken. Dat is natuur-

lijk niet erg, maar wordt het meeste niet geleerd van dat wat niet goed gaat?

### Linksom en rechtsom

Deel I geeft een prima samenvatting over de basisprincipes van de EMDR, die iedere ervaren EMDR-therapeut toch eigenlijk wel kent. In deel II tot en met VII begint het echte werk: EMDR bij eenmalig trauma, kinderen en jeugd, angst- en stemmingsstoornissen, complex trauma en dissociatieve stoornissen, verstandelijke beperking en autisme, lichamelijke verschijnselen en reacties, en specifieke problemen. Aan de hand van casuïstiek worden de verschillende technische aspecten van EMDR nader besproken, zoals 'links om'- en 'rechts om'-strategie, de veilige plek, 'Resource Development and Installation' (RDI), *interweaves* en *future templates*. Voor therapeuten die de vervolgcursus EMDR hebben gedaan, zijn dit herkenbare technieken. De casuïstiek is voor hen van grote meerwaarde. Het laatste deel, EMDR in beweging, bevat de epiloog. Het boek bevat 25 prachtige voorbeelden uit de praktijk. De redactie zegt in de inleiding dat ze een keuze heeft moeten maken uit het aangeleverde materiaal, maar het blijft onduidelijk hoe ze tot die keuze is gekomen.

Het boek bevat een schat aan casusmateriaal en zelfs een DVD. Bij welk therapieboek heb je dat? Helaas bevat de DVD slechts één uitgewerkte casus en is het eigenlijk meer een promotiefilm voor de EMDR met tevreden cliënten. Gezien het rijke casusmateriaal van het boek is de DVD geen sterke aanvulling.

Het boek voegt wel degelijk wat toe en sluit prima aan bij de eerdere twee

leerboeken over dit onderwerp. Wel is het boek meer geschikt voor EMDR-therapeuten, dan voor therapeuten zonder specifieke training in de EMDR. Hopelijk zet het aan tot gedegen wetenschappelijk onderzoek naar de effecten van EMDR op andere toepassingsgebieden dan alleen de traumagerelateerde problematiek, zodat een hogere *level of evidence* wordt behaald.

### RAMÓN J.L. LINDAUER

Kinder- en jeugdpsychiater/filosoof/EMDR-therapeut, De Bascule, Amsterdam

L. EURELINGS-BONTEKOE, R. VERHEUL & W. SNELLEN (2009)

### Handboek persoonlijkheidspathologie. Tweede, herziene druk.

Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 620 p., € 62,50.

Twee jaar na de eerste druk verschijnt er reeds een tweede, herziene druk van het *Handboek Persoonlijkheidspathologie*. De herziening betekent een uitbreiding met vijf hoofdstukken over onderwerpen die volgens de redactie in de eerste druk node werden gemist: een hoofdstuk over persoonlijkheidsstoornissen bij adolescenten (Hutsebaut) en bij ouderen (van Alphen), over neuropsychologische aspecten van persoonlijkheidsstoornissen (Vollema), over persoonlijkheidsstoornissen uit het A-cluster (Gerritsen, Eurelings-Bontekoe en Snellen) en over crisis en crisismanagement bij persoonlijkheidsstoornissen (van Luyn en Kaasenbrood).

Het handboek geeft in vijf delen een uitgebreid overzicht van de ontwikkelingen binnen de diagnostiek en behandeling



van persoonlijkheidsstoornissen, vanuit een geïntegreerde visie op psychopathologie. Veel Nederlandse experts hebben hun medewerking verleend en maken duidelijk dat het terrein van de persoonlijkheidsstoornissen in beweging is. Het eerste deel gaat over de etiologie van en theoretische modellen omtrent persoonlijkheidsstoornissen. Rinne en Langeland belichten vanuit een neurobiologisch perspectief de invloed van langdurige vroegkinderlijke negatieve ervaringen bij de ontwikkeling van borderline persoonlijkheidsstoornissen, en zien een subgroep patiënten bij wie een aan vroeg trauma gerelateerd ontregeld stresssysteem een rol speelt bij het ontstaan van de borderline persoonlijkheidsstoornis – vaak in combinatie met aanlegfactoren.

In andere hoofdstukken in dit deel worden onder andere het infantonderzoek, en andere ontwikkelingsmodellen zoals de *Big Five*, en het vraagstuk van (dis)continuïteit van pathologie in de kindertijd en de adolescentie besproken.

In het nieuw toegevoegde hoofdstuk over neuropsychologische aspecten van persoonlijkheidsstoornissen wordt vastgesteld dat er bij patiënten met persoonlijkheidsstoornissen vaak sprake is van neuropsychologische afwijkingen. Volgens Vollema geldt dit vooral bij de schizotypische persoonlijkheidsstoornissen waarbij een vrij consistent patroon van cognitieve stoornissen op het gebied van aandacht, geheugen en executieve functies gevonden wordt. Of dit eigenlijk betekent dat de schizotypische persoonlijkheidsstoornis een buitenbeentje is binnen de persoonlijkheidsstoornissen en wellicht eerder thuis zou horen binnen het schi-

zofreniespectrum, laat de auteur in het midden. Ook de borderline en antisociale persoonlijkheidsstoornis vertonen echter executieve functiestoornissen: problemen met planning, besluitvorming en mentale flexibiliteit. Wel specifiek voor de borderline en antisociale stoornis zijn non-verbale, visueel ruimtelijke disfuncties. De vraag of deze functiestoornissen causaal of mediërend zijn, of het gevolg van persoonlijkheidspathologie, blijft in dit boek nog onopgehelderd.

### Crisisinterventies

Deel 2, 3 en 4 van de tweede druk zijn vrijwel gelijk gebleven en behandelen respectievelijk diagnostiek en classificatie, behandeling van persoonlijkheidsstoornissen en comorbiditeit.

Bij de behandeling passeren de *evidence based* behandelingen de revue: *mentalisation based treatment*, *transference focused psychotherapy*, schemagerichte therapie en dialectische gedragstherapie. Uitgebreid wordt beschreven hoe een en ander toegepast kan worden in een zorgprogramma voor persoonlijkheidsstoornissen. In de hoofdstukken over comorbiditeit wordt persoonlijkheidspathologie in combinatie met de verschillende As-I-stoornissen beschreven.

Het nieuw toegevoegde hoofdstuk 21 over crisisinterventie bespreekt de behandeling van de ernstigere vormen van persoonlijkheidsstoornissen die crisisgevoelig zijn. Bij een crisis speelt doorgaans een combinatie van drie factoren: gevaar, een directe aanleiding, en een belast, appellerend steunsysteem. Door negatieve tegenoverdracht bij de hulpverleners lopen patiënten met een persoonlijkheidsstoornis

nis het risico dat ze niet de hulp krijgen die ze nodig hebben. De auteurs stellen dat patiënten met een persoonlijkheidsstoornis de ‘ziektebescherming’ missen die bijvoorbeeld patiënten met een ernstige As-I-stoornis wel hebben: deze laatsten zijn zo evident ‘ziek’ dat het storende gedrag hen gemakkelijker wordt vergeven dan patiënten met een persoonlijkheidsstoornis.

Hulpverleners moeten niet alleen hun tegenoverdracht in de hand houden; ze dienen in hun crisismanagement ook de voortgang van de lopende behandeling niet te schaden. Het gevaar de verantwoordelijkheid van de patiënt te veel over te nemen en zo teniet te doen wat in een psychotherapeutische of psychosociale behandeling met veel moeite is bereikt, is niet gering. De twee belangrijkste doelen van crisisinterventie zijn dan ook het creëren van veiligheid – zowel voor de patiënt als voor diens omgeving en voor de hulpverlener – als het veiligstellen van de lopende behandeling.

### **Jong en oud**

Deel vijf bevat drie nieuw toegevoegde hoofdstukken. Het hoofdstuk over persoonlijkheidsstoornissen bij adolescenten begint enigszins uitdagend met de stelling dat er geen discussie meer zou moeten zijn over het feit dat de diagnose persoonlijkheidsstoornis ook voor het achttiende jaar al wordt gesteld. Immers, in de DSM-IV-TR wordt deze mogelijkheid wel toegelaten als men langer dan een jaar aan de criteria voldoet. De kritiek op deze stelling, dat persoonlijkheidskenmerken in de adolescentie weinig stabiel zijn en het stellen van de diagnose stigmatiserend is, wordt

door de auteur weerlegd: met de huidige criteria voor persoonlijkheidsstoornis lukt het op een betrouwbare manier een groep jongeren met ernstige psychopathologie te identificeren. Het grote voordeel van een vroege onderkenning is dat men eerder kan starten met een gepaste behandeling, waardoor de kans op opleiding, werk, partner en kinderen niet verkeken is.

Ook ouderen kunnen lijden aan persoonlijkheidsstoornissen, al is de manifestatie soms anders, onder meer door de grote verwevenheid met As-I-stoornissen. Zelfs is het mogelijk dat een persoonlijkheidsstoornis zich voor het eerst op oudere leeftijd manifesteert, bijvoorbeeld na ernstige levensgebeurtenissen zoals het verlies van gezondheid, van naasten of van autonomie. Er is een aantal longitudinale studies gestart waardoor men hoopt meer kennis te verzamelen over diagnostiek en behandeling van persoonlijkheidsstoornissen bij ouderen.

Het laatste hoofdstuk in het boek behandelt de persoonlijkheidsstoornissen uit het A-cluster, die vaak ietwat onderbelicht blijven, mede omdat ze zich diagnostisch op het kruispunt bevinden van de persoonlijkheidsstoornis, het autismespectrum en de psychosen. Ook in dit hoofdstuk worstelen de auteurs met de beperkingen van de DSM-IV. Ze kiezen ervoor om de paranoïde persoonlijkheidsstoornis apart te bespreken, en de schizotypische en schizoïde persoonlijkheidsstoornis tezamen; hoewel ze iets verder de verwantschap van de schizotypische en de paranoïde persoonlijkheidsstoornis met schizofrenie beschrijven, terwijl de schizoïde persoonlijkheidsstoornis meer gelijkenis vertoont met de ontwijkende

persoonlijkheidsstoornis. Hun stelling dat een ‘schizotypische kern’ voorkomt bij zowel de neurotische, de borderline als de psychotische persoonlijkheidsorganisatie, wordt niet echt goed onderbouwd. In het deel over behandeling worden zes subtypes uitgebreid beschreven, elk met een vignette en een behandelvoorstel. Het gaat dan om subtypes met verschillende symptomatologie – achterdocht, cognitieve desorganisatie en negatieve symptomen – functionerend op ofwel borderline/neurotisch ofwel psychotisch niveau.

Hoewel de casuïstiek her en der de vraag oproept of het niet eerder om bijvoorbeeld ontwijkende of autisme-spectrumpathologie gaat, is het een verhelderend, uitgebreid overzicht waarin de auteurs de stelling aandurven dat systeem- en groepsbehandeling voor patiënten met cluster A-persoonlijkheidsstoornissen zeker mogelijkheden biedt. Veel winst is geboekt als patiënten met een cluster A-persoonlijkheidsstoornis hun angst voor andere groepsleden bespreekbaar kunnen maken.

### Kanttekeningen

Toch ook enkele kanttekeningen. De voorname bemerking is dat het onduidelijk is voor wie dit boek geschreven is. Als inleidend boek is het duidelijk te diepgaand en te veel *expert-based*; dit was ook mijn ervaring toen wij de eerste druk van het Handboek gebruikten in het onderwijs aan arts-assistenten psychiatrie. Met de zich snel ontwikkelende kennis op het gebied van de persoonlijkheidsstoornis (in 2012 wordt de DSM-V verwacht met vernieuwingen in de diagnostiek van de

persoonlijkheidsstoornissen) is het bovendien de vraag hoe snel deze tweede druk verouderd zal raken.

Een tweede kanttekening betreft de leesbaarheid van het boek. De bladspiegel, met twee volle kolommen kleine lettertjes is niet erg lezersvriendelijk. Jammer dat men dat in de tweede druk niet gewijzigd heeft.

Al met al is het Handboek toch een rijk boek dat een breed overzicht biedt van alles wat er in Nederland te vinden is omtrent diagnostiek en behandeling van patiënten met persoonlijkheidsstoornissen.

### MONIEK THUNNISSEN

Psychiater en A-opleider GGZ WNB, Bergen  
op Zoom

M.F. VAN VREESWIJK, J. BROERSEN & G. SCHURINK  
(2009).

### Mindfulness en schematherapie, praktische training bij persoonlijkheidsproblematiek

Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 162 p.,  
€ 35,-.

*For every child who cries at night  
Alone with shame and pain and fright  
For every child who wants so much  
To only feel a gentle touch*  
(Kathy Williams, 1964-1996)

Dit handboek behandelt een interessante combinatie; mindfulness en schematherapie winnen beide terrein in Nederland, maar lijken op het eerste gezicht moeilijk verenigbaar. Een kind dat in een onveilige omgeving opgroeit, heeft een redelijke

kans daar als volwassene nog de nare gevolgen van te ondervinden. Voor volwassenen is de kijk op zichzelf en de wereld voor een groot deel bepaald door de ervaringen uit de kinderjaren. In de schematherapie noemen we deze kijk op onszelf en de wereld een *schema*. Een bekend voorbeeld van een schema is wantrouwen: ‘niemand is echt te vertrouwen’. Schema’s kunnen werkzaam zijn op bewust en minder bewust niveau. Overlevingsstrategieën die in de kindertijd zinvol waren, kunnen in het leven van de volwassene niet meer bruikbaar zijn en een gezond functioneren in de weg staan. Er bestaan overigens ook gezonde schema’s die een goede manier van omgaan met problemen (coping) tot gevolg hebben.

De schematherapie is ontwikkeld door Young en Beck. Het richtpunt van de therapie is de oude, niet langer adequate schema’s met de bijbehorende gedragspatronen om te zetten in gezondere schema’s en copingstrategieën. De schematherapie sluit daarom goed aan bij de op verandering gerichte westerse maatschappij. Vanaf medio 2008 mag de schematherapie zich scharen onder de evidence-based behandelingen voor mensen met persoonlijkheidsproblematiek. De fundamenten van mindfulness (aandachttraining) liggen verankerd in de oosterse cultuur. De nadruk ligt niet in eerste instantie op verandering maar op aanvaarding. Accepteren dat de dingen (inclusief de schema’s, nare gedachten, gevoelens en gedragspatronen) op dit moment zijn zoals ze zijn, staat centraal. Kan het een vruchtbaar huwelijk worden: mindfulness en schematherapie? Een belangrijk bindende factor tussen beide therapievormen is de nadruk die ligt

op de ervaring, op voelen en op de gewaarwordingen. Een schematherapie waarin louter cognitieve verandering beoogd wordt, werkt niet of nauwelijks.

### **Praktijkboek**

Het boek is, zoals de titel suggereert, vooral een *praktijkboek* geworden. Het is geschreven voor behandelaars die al bekend zijn met zowel schematherapie als met een op mindfulness gebaseerde benadering. De lezer krijgt een ruime blik op de door de auteurs ontwikkelde geprotocolleerde mindfulnessstraining. Het protocol kan ingebed worden als een module binnen een breder schemagericht behandelaanbod. Het is een groepsgewijze aanpak van acht bijeenkomsten van anderhalf uur met daarna nog twee boosterzittingen. Het doel van deze training is in de eerste plaats het leren herkennen van schema’s en de bijbehorende gedrags- en gevoelspatronen.

Het boek bestaat uit drie heldere en overzichtelijke delen. In deel een gaan de schrijvers in op de theoretische achtergronden van schematherapie en mindfulness. Deel twee is geschreven als een handleiding voor de trainers. Van elke bijeenkomst wordt een beschrijving gegeven met de bijbehorende oefeningen. De rationale van deze protocollaire behandeling in groepsverband komt in dit deel aan bod, evenals (contra)indicaties en valkuilen voor de trainer. Het derde deel omvat een werkboek voor de deelnemers met veel psycho-educatief materiaal. Als bijlagen zijn er een cliëntenfolder, voorbeeldmateriaal, vragenlijsten en huiswerkformulieren opgenomen. Ten slotte bevat het boek twee cd’s met een aantal bekende mindfulnessoefeningen en een aantal oefeningen

speciaal voor mensen met persoonlijkheidsproblematiek.

Het onderwerp van zitting vijf uit het werkboek is ‘toestaan en accepteren wat er is’. Dit is mijns inziens een van de belangrijkste leringen uit de mindfulness. Wat mij betreft mag dit onderwerp in elke behandeling als een rode draad terug blijven komen. Met name veel mensen met persoonlijkheidsproblematiek hebben een uiterst kritische houding ten opzichte van zichzelf en anderen ontwikkeld, met als gevolg een negatief zelfbeeld. Drie veel voorkomende schema’s liggen hier aan ten grondslag: ‘ik ben niets waard’, ‘ik ben een mislukkeling’ en ‘het is mij nooit goed genoeg’. Wanneer in een behandeling een cliënt leert een vriendelijke houding ten aanzien van zichzelf, eigen klachten en problemen aan te kweken, is hij al een eind op weg. De behandelaar kan als rolmodel dienen door zich een houding van mindfulness eigen te maken. Het klinkt paradoxaal: maar toestaan wat er is, schept ruimte voor verandering en groei.

### **Geslaagd**

De auteurs hebben een eerste aanzet gegeven tot integratie van mindfulness en schematherapie. Zij zijn daar naar mijn mening in geslaagd. Van een protocol met een beperkt aantal zittingen kan echter niet alles verwacht worden. De hoofddoelstelling van het behandelprotocol is, zoals eerder genoemd, in de eerste plaats bewustwording. Bewustwording is de eerste stap in veranderingsprocessen. Verandering en groei hebben tijd nodig, soms veel tijd. Dit is zeker het geval bij veranderingsprocessen bij mensen met ernstige persoonlijkheidsproblematiek.

Zelf ben ik benieuwd bij welke type persoonlijkheidsproblematiek dit protocol meer of minder effectief zal blijken. Voor zover mij bekend zijn de behandel-effecten van schematherapie bij bijvoorbeeld mensen met een ontwijkende persoonlijkheidsstoornis nog weinig indrukwekkend. Zal de mindfulnessmodule een waardevolle aanvulling blijken? De cliëntengroep met een ernstige ontwijkende persoonlijkheidsstoornis is van kinds af aan gewend gevoelens te ontkennen en te vermijden. Cliënten uit deze groep hebben mogelijk meer sessies met veel herhaling nodig om bewustwording van schema’s en de bijbehorende gevoelens en gedragingen te genereren. Het blijft de vraag of het beperkte aantal bijeenkomsten van dit groepsprotocol voldoende is – al zullen de zorgverzekeraars er zeker blij mee zijn. Een extra verdienste van de schrijvers is dat ze de werking van hun protocol in een onderzoek gaan toetsen op effectiviteit.

Al met al hebben Vreeswijk, Broersen en Schurink een aanbevelenswaardig boek geschreven, waarvan de behandelaar met enige creativiteit ook in een individuele behandelsetting profijt kan hebben. Het protocol kan zowel in een ambulante als klinische setting zijn dienst bewijzen. De auteurs hebben mijns inziens laten zien dat integratie van schematherapie en mindfulness een interessante optie is, waar uiteindelijk een belangrijke cliëntengroep baat bij kan hebben.

**ARNOUT GROEN**

Klinisch psycholoog, GGNet, Apeldoorn

D. FASSIN & R. RECHTMAN (2009).

**The empire of trauma. An inquiry into the condition of victimhood.**

Princeton: Princeton University Press, 305 p., € 24,75.

In 2001 verscheen in de *Lancet* een artikel van Derek Summerfield waarin hij stelde dat het concept posttraumatische stressstoornis (PTSS) als een westers construct moest worden gezien en hij sprak van het ontstaan van een ‘trauma-industrie’, waarbij concepten als ‘trauma’ en ‘PTSS’ als een soort westerse dominantie naar andere culturen worden geëxporteerd. Zijn kritiek was dat mensen die verschrikkingen hadden meegemaakt, te gemakkelijk tot een klinische categorie werden gereduceerd. Hoewel zijn kritiek niet nieuw is en hij opkwam voor de patiënten, beschouwden patiënten met PTSS deze uitspraak als een regelrechte aanval. ‘Who are you to assume that you can tell how another person may react to any news?’, schreef een slachtoffer (p. 27). Het kritisch onderzoeken van de huidige psychologische methoden om de consequenties van psychologisch trauma tegen te gaan of te behandelen, wordt gezien als een regelrechte aanval op de fundamentele rechten van de slachtoffers.

**Het concept trauma: historie**

Al sinds het begin van de twintigste eeuw is er binnen de psychiatrie een discussie gaande of ingrijpende gebeurtenissen psychische gevolgen kunnen hebben op een mens, en hoe dit dan moet worden gezien. Fassin (antropoloog en internist) en Rechtman (antropoloog en psychiater) ontvouwen in hun boek *The empire of*

*trauma* het ambigue ontstaan en verloop van wat nu als trauma wordt gezien. Het gaat hierbij niet alleen om de historische constructie van een medische categorie, maar ook om de politieke aspecten die een rol spelen bij het gebruik van het woord trauma. Het boek is een poging om te begrijpen hoe we van het negeren, of op zijn minst betwijfelen, van symptomen van mensen die een verschrikkelijke ervaring hebben gehad, zijn verschoven naar een werkelijkheid waarin het lijden ten gevolge van vreselijke ervaringen niet meer in twijfel wordt getrokken, maar juist onze morele sympathie dient te ontvangen en financiële ondersteuning of compensatie verdient. In deze verschuiving, die in de afgelopen eeuw plaatsvond, zijn twee parallel lopende processen te zien; enerzijds die van de wetenschappelijke ontwikkeling binnen de psychologie en de psychiatrie, en anderzijds die van de mondiale verspreiding van de term trauma en de daarbij behorende link naar sympathie als een morele werkelijkheid, ongeacht de culturele context. Trauma is niet alleen maar een psychiatrische term maar heeft ook een plek gekregen binnen het dagelijkse vocabulaire. De vraag die Fassin en Rechtman in dit boek proberen te beantwoorden, is wat deze sociale erkenning van trauma betekent voor de visie op de wereld en op hun geschiedenis die de getroffen mannen en vrouwen hebben, voor hun relaties met anderen en met henzelf.

**Verskillende contexten**

In het eerste deel van het boek wordt deze duale *loop* beschreven. Enerzijds laten de auteurs zien hoe het concept trauma bin-

nen het domein van psychologie, psychiatrie en psychoanalyse verschuift, en anderszijds hoe parallel daaraan sociale opvattingen over lijden en tegenslag veranderen. Daarbij stellen ze ook de vraag hoe er vanuit het collectieve trauma – zoals dat van oorlog en concentratiekampen – steeds meer aandacht is gekomen voor het individueel trauma. Door trauma te beschrijven als een ervaring die onuitsprekelijk is, ontstaat er een perspectief dat niet meer exclusief is voor overlevenden van oorlogen en concentratiekampen, maar waarin ook incestslachtoffers passen.

Fassin en Rechtman gaan echter verder dan een historische beschrijving van PTSS als universeel geaccepteerde aandoening. Ze laten ook zien dat wie vanuit het concept van psychisch trauma naar gebeurtenissen kijkt, andere mogelijke zienswijzen en acties over het hoofd ziet. Om dit duidelijk te maken presenteren ze drie casestudies. De eerste casus gaat over de ontploffing van een chemische fabriek in Toulouse in 2001 en de gevolgen daarvan op de spoedhulp en de psychologische units in Frankrijk. De tweede behandelt de enorme vlucht die de humanitaire psychiatrie heeft genomen in vluchtelingkampen en in andere gebieden waar mensen slachtoffer zijn van oorlogen of natuurrampen. Ze richten zich hierbij speciaal op de hulp in het Israëliisch-Palestijns conflict en dan vooral op de hulp die tot stand kwam na de tweede Intifada. De derde casus gaat over de non-gouvernementele organisaties (NGO's) die zich in toenemende mate richten op psychotrauma, voornamelijk bij asielzoekers en mensen die gemarteld zijn. Als Fransen richten Fassin en Rechtman zich vooral

op de Franse NGO's. Het is opmerkelijk hoe organisaties als 'Médecins du Monde' en 'Médecins sans Frontières' hun core-business hebben verschoven van 'gewone' medische hulp naar psychologische steun.

De grote keerzijde van het zich massaal toe-eigenen van het traumaconcept door onderdrukte groepen is dat mensen zich presenteren als traumaslachtoffer in plaats van iemand die wordt uitgebuit of aan wie fundamentele rechten worden onthouden. Bij rampen of ongelukken worden mensen benaderd als potentieel getraumatiseerd, zonder dat er echt wordt nagedacht over het negatieve en het mogelijk juist traumatiserende effect van deze benadering.

Het concept heeft zich ook verspreid naar andere gebieden van de samenleving. Zo kan het ervaren hebben van trauma en het lijden aan PTSS een bepalende invloed hebben op de rechtspraak. Ethische aspecten dringen zich op. Traumatisering wordt niet alleen zich toegeëigend door slachtoffers, ook daders en ooggetuigen claimen getraumatiseerd te zijn. De auteurs besteden aandacht aan vragen als: Hoe om te gaan met de discrepantie tussen de psychiatrische diagnose en onze normatieve opvattingen? Hoe om te gaan met mensen die de diagnose afwijzen omdat ze niet als passieve slachtoffers willen worden gezien?

### **Eeuw van angst**

We leven in een 'eeuw van angst', volgens W.H. Auden in zijn gedichtenbundel *The age of anxiety*. De wereld is vol gevaar; onze vanzelfsprekendheden zijn verdwenen en onze relatie met het verleden is er een van tragiek geworden, waarbij trauma een nieuwe betekenis aan onze ervaringen

geeft. Hoewel er al veel over de historische, sociale en politieke constructie van het concept trauma is geschreven, is dit boek van waarde om de nauwgezette manier waarop Fassin en Rechtman dit concept onderzoeken en beschrijven. Ze dwingen de lezer om eigen opvattingen over PTSS en (impliciete) morele opvattingen aan een nader onderzoek te onderwerpen. Het boek kan daarom bij tijd en wijle ongemakkelijk voelen. Fassin en Rechtman concluderen dat trauma op dit moment meer een kenmerk is van een moreel landschap dat slachtoffers dient, dan een diagnostische categorie. Het is aan u om te kijken hoever u daarin mee kunt gaan.

**MARIAN TANKINK**

Medisch antropoloog en onderzoeker bij  
HealthNet TPO, Amsterdam

R. HARRIS (2009).

**De valstrik van het geluk. Hoe je kunt stoppen met worstelen en beginnen met leven. Nederlandse vertaling van *The Happiness Trap*.**

Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 245 p.,  
€ 29,50.

Een opvallende en intrigerende titel voor een zelfhulpboek. Ik stel me even iemand voor die zich al lange tijd gespannen en terneergeslagen voelt en die eindelijk besloten heeft om iets te gaan doen om zich gelukkiger te gaan voelen. En dan deze titel. Kan gelukkig willen worden een valstrik vormen?

Meteen vanaf de inleiding rammelt de auteur aan de overtuigingen van de lezer

over hoe diens binnenwereld functioneert. Dat is kenmerkend voor ACT (acceptance and commitment therapy), de methode waarop Harris zich baseert. ‘Zou het zo kunnen zijn dat jouw inspanningen om geluk te vinden, er juist de oorzaak van zijn dat je niet gelukkig bent?’ (p 15). Misschien vanuit de evolutie, maar zeker in onze westerse cultuur zijn mensen geneigd om op problemen te reageren met analyse en controle. Zolang het de buitenwereld betreft, levert dit geweldig veel op. Maar werkt het op dezelfde manier voor je binnenwereld? In het eerste deel staat de auteur stil bij wat een mens allemaal doet om te proberen angst en verdriet te beheersen. Je kunt piekeren, vermijden en afleiding zoeken, maar krijg je daarmee controle over je zielenpijn? Misschien wel even, maar weet je echt de pijn te doven? Het streven naar geluk leidt vaak tot ineffektieve strategieën die de problemen alleen maar groter maken.

ACT leert mensen om met hun binnenwereld wezenlijk anders om te gaan dan met de buitenwereld. Deze methode is gebaseerd op zes kernprocessen die gezamenlijk de flexibiliteit en vitaliteit willen vergroten. ‘Hoe groter je psychologische flexibiliteit, des te beter kun je omgaan met pijnlijke gedachten en gevoelens en des te effectiever kun je actie ondernemen om je leven rijk en zinvol te maken.’ (p. 47)

**Niet meer worstelen**

In deel twee voert Harris zijn lezer mee door de eerste vier kernprocessen. In begrijpelijke, vaak beeldende taal en met veel dagelijkse voorbeeldjes maakt hij bijna voelbaar wat de psychologische kernprocessen inhouden. ACT vat onze



geest op als een binnenwereld vol verhalen over wat goed en fout is, over wat moet en nooit mag, over wie je zelf bent en hoe de ander is, enzovoort. Misschien stoelen die verhalen op gebeurtenissen uit het verleden of op conclusies die je uit het verleden getrokken hebt. In die zin zijn ze misschien waar. Maar wanneer je leert leven in het hier en nu, zijn het op dit moment niets anders dan woorden en beelden in je geest. Harris beschrijft hoe je geest je voortdurend kan vertellen dat je incompetent bent, dat er gevaar dreigt of dat je een flater slaat. Dat nodigt uit om daar tegenin te gaan en jezelf gerust te stellen. Maar het duurt maar even of je geest produceert wel weer tegenargumenten. ACT helpt om uit deze strijd te stappen. Harris beschrijft meerdere eenvoudige oefeningen om te leren ‘defuseren’ van het waarheidskarakter van gedachten; observerend onderkennen dat het gedachten en beelden in je geest zijn.

Maar er is meer: ook emoties en lichamelijke sensaties kunnen je makkelijk van een zinvol leven afbrengen. In kleine stapjes wil Harris zijn doe-het-zelflezer laten zien dat het probleem vooral schuilt in de reactie op de emotie: ‘Ik kan dit niet aan, dit moet stoppen, zo wil ik niet zijn, ik wil me gelukkig voelen.’ Dat maakt dat je in de vechstand raakt en dat vergroot je problemen. ACT kiest als invalshoek dat pijn, angst, twijfel, verdriet fundamenteel bij het leven horen. Juist als je je hecht en liefhebt, raakt een teleurstelling je diep en loop je kans op verlies. Dat noemt ACT *schone pijn*. Vuile pijn wordt het als je deze gevoelens afkeurt en ertegen gaat vechten of ervoor op de loop gaat. Dat maakt je problemen groter en daar kun je

iets aan doen. Harris geeft mindfulness-oefeningen om ruimte te maken (‘expansie’) voor sensaties en emoties zoals ze zich aandienen, zonder ze te willen veranderen. Met zorg probeert hij zijn lezer te verleiden de *schone pijn* van het leven te ervaren, door ermee contact te maken vanuit een ‘observerend zelf’.

321

### ...en beginnen met leven

Het is een hele levenskunst om te leren dat gevoelens niet gevaarlijk zijn, maar dat ze je indirect vertellen waar je aan hecht, wat voor jou van waarde is. Waarden en waardegericht handelen bespreekt Harris in het laatste deel. Met vragen als ‘waar wil ik dat mijn leven om draait?’ en ‘wat voor iemand wil ik zijn in relaties?’ probeert Harris zijn lezer op het spoor te zetten. Hij werkt dat uit voor verschillende levensstereotypen. En dan is het de kunst om kleine stappen te zetten in de richting van de gezochte waarden. Maar het is niet slechts een kwestie van concrete doelen stellen en die uitvoeren, want je komt onmiddellijk je angsten tegen. Hier komen de verschillende kernprocessen bij elkaar. De *acceptance*-vaardigheden ondersteunen je om te gaan werken aan een waarde(n)vol leven.

### ACT als zelfhulp

Het is geen gemakkelijke opgave om een therapeutisch proces, dat ACT wil zijn, te beschrijven als zelfhulpboek. Het is Harris gelukt om het niet te simplificeren. Hij heeft gekozen voor een didactische opzet. De indeling van drie delen met in totaal 33 hoofdstukjes geeft structuur. De auteur zet in op veel psycho-educatie. En dat lukt hem goed. De meeste kernprocessen komen in de loop van het boek

goed uit de verf. De schrijfstijl is vlot en goed leesbaar. Opvallend is dat Harris in zijn uitleg dicht aansluit bij ervaringen die velen zullen herkennen. Ook last hij regelmatig een oefeningetje in om de lezer te laten ‘voelen’ wat hij bedoelt. Op betrokken wijze neemt hij zijn lezer mee. Maar soms bekruipt mij het gevoel dat hij al het goede van ACT in één boek heeft willen verwerken. Dat komt de hoofdlijn niet altijd ten goede.

Psycho-educatie is binnen ACT niet de belangrijkste bron voor verandering. Dat blijft het oefenen zelf. Bij de kernprocessen als defusie, expansie, contact en observerend zelf presenteert Harris veel mindfulnessoefeningen. Ieder voor zich zijn ze kort en bondig beschreven en goed uit te voeren. Hij spoort de lezer geregeld aan het boek weg te leggen om de oefening daadwerkelijk te gaan doen. Maar gaandeweg komen er zoveel oefeningen langs dat het wat warrig wordt. Dit had de auteur makkelijk kunnen voorkomen door expliciet hiërarchie en structuur in de oefeningen aan te brengen. De uitgever laat hierin ook een steek vallen; voor het downloaden van werkformulieren en oefeningen verwijst het boek naar de Engelse site.

Dit boek is geen praktisch ‘werkboek’. De lezer treft op de pagina’s geen open ruimtes aan om meteen zijn eigen toepassing van de stof te maken. Dat element mis ik het meest bij de bespreking van waarden en waardegericht handelen. Harris beschrijft het proces uitvoerig en stimulerend, maar hij geeft hier minder oefeningen. Het boek biedt bijvoorbeeld geen vragenlijst om persoonlijke waarden te expliciteren. De lezer zal zelf pen en

papier moeten pakken om zijn eigen waarden en doelen uit te werken.

ACT-literatuur is niet altijd even toegankelijk. Harris beschrijft complexe processen op een begrijpelijke manier. Dat is echt een stap vooruit. Maar voor wie? Voor beginnende ACT-therapeuten, zéker. Maar ik denk dat het voor een zelfhulp-lezer een flinke kluit blijft.

#### WIM DE VRIES

Psycholoog/psychotherapeut, GGNet,  
Apeldoorn

## Signalementen

SAMENSTELLING: PETRA HUNSCHÉ

C. VAN DIJKUM & L. HENKELMAN (RED.)(2010).

**Bewogen beweging. Verleden, heden en toekomst van de cliëntenbeweging in de GGZ.** Amsterdam, Tobi Vroegh, 241 p., € 15,-.

Essays ter nagedachtenis aan Ad Goethals, ‘voorvechter binnen de GGZ-patiëntenbeweging’. Elf bekende onderzoekers in de GGZ laten hun licht schijnen over het werk van wetenschapper en ervaringsdeskundige Ad Goethals en de betekenis daarvan voor de cliëntenbeweging. Tegelijk geven zij de huidige stand van zaken in deze beweging weer. ‘Daarbij worden vele voorbeelden gegeven van manieren waarop individuele cliënten, cliëntenorganisaties en andere collectieven niet alleen de GGZ overleven, maar ook hun ideeën en praktijkinitiatieven aanscherpen, verspreiden en invoeren in de alledaagse zorg,’ aldus de inleiding. Het boek toont de zeggings-

kracht van cliëntgericht actie-onderzoek en de vergaande ontwikkeling van kennis en instrumentarium van het onderzoek in de cliëntenbeweging. Ad Goethals was onderzoeker en internetpionier. Hij was oprichter van NetCliënten, ‘een vernieuwend en wetenschappelijk verantwoord project om GGZcliënten in de grote stad te ondersteunen met behulp van moderne communicatiemiddelen zoals internet’.

E. VERNOUT (RED.)(2009). **Sexual and reproductive health. The Netherlands in international perspective.** Utrecht: Rutgers Nissogroep: 48 p., opvragen via [www.rutgernissogroep.org](http://www.rutgernissogroep.org).

Cijfers over seksuele en reproductieve gezondheid vergeleken met de situatie in andere landen van de wereld. Handig overzicht voor beleidsmakers en onderzoekers in de GGZ. Nederland doet het relatief goed. Het percentage abortussen ligt laag, evenals tienerzwangerschappen en seksuele infectieziekten. Desondanks (of misschien dankzij? PH) hebben vijftienjarige tieners in Nederland niet vaker geslachts-gemeenschap dan elders, meldt het persbericht. Het grote folderachtige boek bestaat uit zeven hoofdstukken, waarin alle onderwerpen van seksueel gerelateerd onderzoek worden neergezet, van zwangerschappen tot homoseksualiteit en seksueel geweld. Met een flink notenapparaat met literatuurverwijzingen. Nog een paar interessante weetjes: iets minder dan de helft van alle Europeanen is voor het homohuwelijk; in een aantal Aziatische landen zijn mensen het minst tevreden over hun seksleven; seksueel geweld kent ook veel mannelijke slachtoffers.

J.M. CLADDER E.A. (2009). **Cognitieve gedragstherapie met kinderen en jeugdigen.**

**Probleemgericht én oplossingsgericht.**

Amsterdam: Pearson, 424 p., € 37,50.

Uitgave uit 1986. Bedoeld voor de jeugdzorg en opleidingen. De tekst uit 1998 is in deze zevende druk aangepast aan actuele wetenschappelijke ontwikkelingen en de klinische praktijk. Volgens het voorwoord is dit het eerste Nederlandstalige boek over gedragstherapie waarin ook de oplossingsgerichte aanpak wordt beschreven. Met cartoons van Pepijn Cladder. Het handboek bestaat uit drie delen: Principes; Toepassingen; Problemen. Het deel over specifieke stoornissen is uitgebreid van 40 naar 51, ‘zodat ook het klachtgerichte aspect van gedragstherapie nog steeds duidelijk tot uitdrukking komt.’

M. ALLEWIJN & B. MIESEN (2010). **Basisboek zorg om ouderen.** Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 277 p., € 25,-.

Leerboek over veranderingen in het dagelijks leven van ouderen met psychogeriatrische problemen. Een geschikt basisboek uit de praktijk voor iedereen die als professionele zorgverlener in de psychogeriatric werkt, voor opleidingen en voor mantelzorgers. Een belangrijke ‘interventie’ in de psychogeriatric is tegenwoordig ‘psycho-educatie’, meldt het voorwoord. ‘Daarom is het belangrijk dat goede en betrouwbare kennis over gedragsveranderingen en de therapeutische mogelijkheden ervan, gemakkelijk is op te zoeken en na te lezen.’ Het boek geeft in heldere taal en opmaak in 22 hoofdstukken alle mogelijke gedragsveranderingen weer en hoe daarmee om te gaan. Met uitgebreid register.

L. APPIGNANESI (2009). **Gek, slecht en droevig. Een geschiedenis van vrouwen en psychiatrie van 1800 tot heden.** Amsterdam: de Bezige Bij, 576 p., € 39,90.

Uit het Engels vertaald. Fraai geschreven geschiedenis door bekend auteur. Voor iedereen met interesse voor (het recente) heden en verleden van de geestelijke gezondheidszorg, toegespitst op 'haar grootste clientèle': vrouwen. Het boek behandelt de geschiedenis van de westerse geestelijke gezondheidszorg en de uiteenlopende opvattingen hierover in de loop van tweehonderd jaar. 'Veel psychische stoornissen komen frequenter voor bij vrouwen dan bij mannen. Met haar zoektocht naar het antwoord op de vraag waarom dat zo is, brengt de auteur een groot aantal uitzonderlijke vrouwen en hun psychiaters tot leven', belooft de achterflap. Ook het perspectief van de vrouwelijke patiënt komt uitgebreid ter sprake in een wetenschappelijke aanpak met een flink notenapparaat, bibliografie en een register. Het boek heeft vier delen: Prelude; De onstuitbare opkomst van de nieuwe wetenschap; De eeuw kantelt; Naar de huidige situatie, en een epiloog. Een snel gekozen fragment uit de inleiding: 'Heel wat aspecten van ons bestaan zijn inmiddels terechtgekomen op het bordje van de dokters van de geest, terwijl ze, wanneer het op actie of interpretatie aankomt, eerder thuishoren in een sociale of politieke context.'

L. VERPLANKE & J.W. DUYVENDAK (2010). **Onder de mensen? Over het zelfstandig wonen van psychiatrische patiënten en mensen met een verstandelijke beperking.** Amsterdam: Amsterdam University Press, 149 p., € 24,50.

Onderzoek naar de gevolgen van de vermaatschappelijking voor cliënten van de zorg die nu zelfstandig wonen. De onderzoekers interviewden hiervoor in vier wijken in drie steden: Amsterdam-Noord, Hilversum-Noord en Liebergen, Zwolle-Hollenbroek. In deze wijken was sprake van stedelijke vernieuwing met sloop, nieuwbouw en renovatie. 'We wilden zien of (en hoe) twee grote beleidsoperaties – de herstructurering van oude wijken en de extramuralisering van kwetsbare groepen – met elkaar in verband stonden', aldus het voorwoord. Het boek gaat vooral 'over de vraag hoe chronisch psychiatrische patiënten en mensen met een verstandelijke beperking deze verandering ervaren. Voelen zij zich thuis in hun nieuwe huis. En lukt het hen te integreren in de buurt?', stelt de achterflap. In vijf hoofdstukken beschrijven de auteurs hun zoektocht naar de antwoorden hierop. Theorie is afgewisseld met vignetten. Op het laatst komt ook de nieuwe wet WMO aan de orde. Met bijlage, noten en literatuurlijst.

E. BOHLMMEIJER & M. HULSBERGEN (2009). **Voluit leven. Mindfulness of de kunst van het aanvaarden, nu als praktisch hulpboek.**

Amsterdam: Boom, 187 p., € 19,95. Zelfhulpboek gebaseerd op de principes van mindfulness en ACT. Bijbehorende CD met oefeningen. Voor iedereen die het leven als onbevredigend ervaart, of worstelt met psychisch leed. De inleiding beschrijft de 'drie peilers' van voluit leven. Allereerst is het nodig het aloude sprookje van een lang en gelukkig leven zonder pijn te laten varen: 'geef je verzet tegen psychisch leed op'. Een tweede peiler is: 'het leren opmerken wat er in je omgaat

en je te verbinden met wat er nu is in je leven'. De derde peiler: 'probeer te ontdekken wat je echt belangrijk vindt in je leven en maak dat de basis van je handelen'.

Van de achterflap: 'Leed is onlosmakelijk verbonden met leven. Wanneer je dit aanvaardt stop je het dagelijks gevecht. Er ontstaat ruimte en energie om nu te doen wat je werkelijk belangrijk vindt. Dan leef je voluit en ervaar je voldoening.'

C. ANNEESE (2010). **Nooit meer vlieg angst! Een zelfhulpboek om vlieg angst te overwinnen.** Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 112 p., € 20,-. Tweede herziene uitgave. Voor een op de drie mensen die, volgens auteur, lijden aan vlieg angst. Deel 1 gaat uitgebreid in op vliegen en de aard van vlieg angst die blijkt te bestaan uit verschillende soorten angsten. Na dit onderzoek kan de lezer door naar deel 2 met zes zelfhulpprogramma's van 'onderzoek op vlieg angst' naar 'anders leren denken'. Uit het nawoord: 'Voor een piloot begint het gevaar van ongelukken vanaf het moment dat hij het vliegtuig verlaat en per auto naar huis rijdt. Laten we ons bevrijden van alle ficties rond het verschijnsel vliegen en een definitieve overstap maken naar het bewijs van optimale vliegveiligheid.'

J. STORMS (2010). **Destructieve relaties op de schop. Psychopathie herkennen en hantieren.** Deventer: Ankh-Hermes, 248 p., 19,90. Leerboek over psychopathie. Geschreven voor professionele hulpverleners, kindbeschermers, juristen en voor de geïnteresseerde leek. Tegelijk een zelfhulpboek voor iedereen die met mensen met deze stoornis in aanraking komen. En dat zijn er, volgens dit boek, veel. 'Van elke twin-

tig mensen die je op straat tegenkomt is er een die in mindere of meerdere mate lijdt aan psychopathie.' Auteur, leraar in de vedische (Indiase) psychologie, viel zelf ooit 'ten prooi' aan mensen die geen, of nauwelijks een gewetensfunctie en zelfreflectie hadden. Sindsdien begeleidt hij andere 'prooien' van psychopaten. Het boek zet alles dat tot nu toe bekend is over deze schijnbaar ongeneeslijke geestesziekte in acht hoofdstukken op een rij. Het boek eindigt met aanbevelingen over hoe de maatschappij het beste kan omgaan met psychopathie. Door het hele boek heen worden onderzoek en onderzoekers genoemd, er is helaas geen literatuurlijst, of notenregister. Meer informatie voor beroepsbeoefenaren is te vinden bij [www.psychopathie.info](http://www.psychopathie.info). Een andere genoemde website: [www.zelfbescherming.org](http://www.zelfbescherming.org).



## Buiten de orde

# Ware feiten

Wanneer de Vlaamse tv een biopic of geschiedenisfilm uitzendt, verheug ik mij altijd op de aankondiging: ‘Deze film is gebaseerd op ware feiten’. Zou dat pleonasme een code zijn voor ‘Anders dan het journaal geeft deze fictie de waarheid weer’? Of onderscheiden Belgen aparte categorieën van betwiste en onbetwiste feiten, waarbij de laatste ‘ware feiten’ zijn? Sommige kennis raakt mettertijd buiten kijf, terwijl andere tijdelijk als waar geldt. Daarvan zijn voorbeelden in de ‘harde’ en de ‘zachte’ wetenschappen. Dat een thermometer temperatuur meet, hoef je niet meer te verantwoorden met bronverwijzingen; het is een waar feit. Lang dacht men dat vitamine C in de aardappel vlak onder de schil zat; nu in de kern. Sinds kort staat de werkzaamheid van cognitieve gedragstherapie weer ter discussie: er lijkt publicatiebias in het spel (Cuijpers e.a. in *The British Journal of Psychiatry* 2010, 173-178). Een betwist feit.

Zulke statusverandering is prachtig beschreven in *Laboratory Life. The construction of scientific facts* (1979, door Bruno Latour en Steve Woolgar). Latour bracht twee jaar door in een biologisch laborato-

rium van het Salk Institute in La Jolla, de vs. Gelijk een antropoloog bij een exotische stam probeerde hij de belevingswereld en gebruiken van de wetenschappers te doorgronden door hen in hun dagelijkse werk te volgen. Hij wilde achterhalen hoe veronderstellingen over waarnemingen tot feitelijke uitspraken werden.

Het was de periode, zo tussen 1975 en 1977, waarin het laboratorium het groeihormoon zou ontdekken (de uitlokkende factor die de concentratie van schildklierhormoon reguleert). Latour en Woolgar verduidelijken echter dat het dagelijkse wetenschappelijk werk niet was te omschrijven als ‘ontdekken’ maar als ‘construeren’. Dat woord heeft een negatieve bijklank; constructivisten menen dat kennis relatief is en samenhangt met cultuur en tijdsgewricht. Hoe kun je dan bepalen wat waar is? Maar constructie betekent ook ontwerpen en bouwen, en dat was wat ze in het laboratorium deden. De onderzoekers waren iets op het spoor, maar wisten niet welke waarnemingen relevant waren en welke niet. Ze moesten orde scheppen in een chaos aan gegevens en deden dat door een model te ontwer-

pen. Het model werd bijgesteld in een langdurig proces van experimenteren: data werden opgeschoond, uitgesloten, herordend, opnieuw getoetst. In fundamenteel onderzoek is dat gebruikelijk. In hun zoektocht naar de structuur van DNA knutselden Watson en Crick zelfs een groot ruimtelijk model dat in een constant herordeningsproces van de onderzoeksdata werd aangepast. De dubbele spiraalvorm die we nu kennen was niet onmiddellijk evident.

Net als Watson en Crick waren de onderzoekers van het groeihormoon in concurrentie met een ander lab. Hun uiteindelijke model werd niet ontvangen als een ‘ontdekking’. Ze moesten daarvoor bondgenoten werven – andere wetenschappers, beroepsorganisaties, farmaceu-



Foto: Hans Muus

tische bedrijven – en ze besteedden dan ook veel tijd aan strategische discussies. Dat kostte tijd en ging niet vanzelf, maar inmiddels is de ontdekking onbetwist en beloond met de Nobelprijs. Een waar feit dus.

Ontdekkingen en feiten berusten volgens Latour en Woolgar uiteindelijk op consensus, ook in de harde wetenschap. Dat maakt de kennis niet onwaar – als ze instrumenteel is voor het doel is ze wellicht accuraat – maar soms wel tijdelijk. In de psychiatrie wordt al decennialang gepoogd goede diagnostische criteria voor geestesziekten op te stellen; ook dat zijn modellen die waargenomen verschijnselen begrijpelijk willen ordenen. Er waren ooit vele systemen in omloop, maar sinds enkele jaren zijn vooral de Diagnostic and Statistical Manual (DSM) en de International Classification of Diseases (ICD) in gebruik. Die lijken op elkaar. Midden vorige eeuw onderkende men de behoefte aan gestandaardiseerde systemen, want wanneer patiënten met dezelfde symptoomclusters dezelfde diagnose krijgen, kan via onderzoek de empirische waarde daarvan worden vastgesteld. Daarna kunnen de criteria weer worden aangepast, totdat hopelijk accurate modellen ontstaan.

In 2012 wordt de DSM-V verwacht, zestig jaar na eerste versie uit 1952. Is de belofte ingelost? De kritiek luidt dat het nog altijd vooral een *classificatiesysteem* is. De categorieën hebben beperkte klinische validiteit en we weten niet of de symptoomclusters verwijzen naar echte entiteiten. Bij elke herziening van de DSM pogen de voorbereidingsgroepen de werkelijkheid beter te benaderen, maar ze ontberen

onderzoeksgegevens. Het blijft een kwestie van consensus bereiken over categorieën en welke symptomen daarin horen. De DSM-categorieën worden niet ‘werkelijker’ maar paradoxaal genoeg wel onontkoombaar, omdat ze nuttig zijn voor onderzoek en wereldwijd worden gebruikt.

De wijzigingen in elke versie hebben onbedoelde gevolgen. De tweede studie naar het vóórkomen van psychiatrische ziekten in de Nederlandse bevolking (Nemesis II) telde minder alcoholverslaafden dan Nemesis I tien jaar geleden. Geen daling, maar een gevolg van tussentijds veranderde criteria.

De concept-DSM-v staat sinds kort op het web. U, ik en onze burens mogen commentaar geven – moderne cocreatie van kennis dus. Mogelijk benadert de nieuwe versie de realiteit beter, maar er zijn geen criteria om dat vast te stellen.

Een eenmaal geaccepteerd feit is volgens Latour en Woolgar niet gemakkelijk te weerleggen, omdat dit enorme investeringen vergt in onderzoek en in bondgenootschappen. Zij wisten nog niet hoe effectief de beschuldiging van publicatiebias is. Maar in een ander opzicht hebben ze gelijk. Het bondgenootschap voor de DSM is door financiële, wetenschappelijke en sociale belangen wijdvertakt en hecht, en zal moeilijk te verbreken zijn. Dat is in ieder geval een waar feit.

**SONJA VAN 'T HOF**





**In juni verschijnt het themanummer**

# **Suïcidepreventie**

Verschijningsdatum 3 juni 2010 | prijs € 14,- | losse nummers zijn te bestellen via [bestel@trimbos.nl](mailto:bestel@trimbos.nl).  
[www.trimbos.nl/mgv](http://www.trimbos.nl/mgv)

# Een vakblad dat niet in een vakje past

## Themanummers

MGv 04-12	3x NH	MGv 07-7 8	Forensische zorgen
MGv 05-1	Boeren	MGv 07-12	@
MGv 05-3	SSRI's	MGv 08-3	ACT
MGv 05-7 8	Migranten	MGv 08-12	Scientist practitioner
MGv 05-12	Zestig	MGv 09-6	Dwang in de psychiatrie
MGv 06-4	Lastige klanten		

Losse nummers zijn te bestellen via [bestel@trimbos.nl](mailto:bestel@trimbos.nl).

Kosten: € 9,- (inclusief verzendkosten), behalve het laatste nummer (€ 14,-)

Met een abonnement op het MGv hebt u tevens toegang tot het online archief. Een inlogcode kunt u opvragen bij Abonnementenland, 0900 226 5263, [www.aboland.nl](http://www.aboland.nl)