

WAT IS GEK?

Wat is gek?

KIJKEN DOOR DE PSYCHIATRISCHE BRIL

Paul van Hoek en Frans Brinkman

deGraaff

Wat is gek?

Kijken door de psychiatrische bril

Paul van Hoek en Frans Brinkman

ISBN 978-90-77024-68-3

NUR 875

Vormgeving: MOL grafische vormgeving, Utrecht

© De auteurs | Uitgeverij de Graaff, 2014

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden overgenomen, vermenigvuldigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen, of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever en vermelding van de auteur(s) van het boek.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16B Auteurswet 1912 j°, het Besluit van 20 juni 1974, St.b. 351, zoals gewijzigd bij het Besluit van 23 augustus 1985, St.b. 471 en artikel 17 Auteurswet 1912, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht (Postbus 882, 1180 AW Amstelveen). Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) dient men zich tot de uitgever (Uitgeverij de Graaff, www.uitgeverijdegraaff.nl) te wenden.

Inhoud

Voorwoord	9	
Inleiding: de psychiatrische bril	11	
1	Een wereld van verschil	15
	Wat is normaal?	15
	Normale verschillen	16
	Afwijkende verschijnselen	16
	Problematisch afwijkende verschijnselen	17
	Hardnekkige problematische verschijnselen	17
	Historische en culturele varianten	18
	Verschijnselen versus diagnose	19
2	Vermoeden van psychische stoornissen	21
	Intuïtie	22
	Het verhaal van de cliënt	22
	Fantasie als hulpmiddel	23
	Hersensfuncties	23
3	Kun je psychische stoornissen eenvoudig waarnemen?	25
	Bewustzijn	26
	Aandacht en concentratie	26
	Oriëntatie in tijd, plaats, persoon	26
	Waarneming	27
	Manier van waarnemen	27
	Hallucinaties	27
	Derealiserende waarneming	28
	Depersonalisatie	28

	Denken	28
	<i>Vorm van het denken</i>	28
	Tempo van het denken	28
	Coherentie in het denken	29
	Verhoogd associatief denken	29
	<i>Inhoud van het denken</i>	29
	Wanen	29
	Obsessies	30
	Overwaardige denkbeelden	30
	Gevoelstoestand	30
	Stemming	31
	Affect	31
	Overig	32
	Intelligentie (beperkingen)	32
	Geheugen	32
	Psychomotoriek	33
	Alleen voor psychiaters?	34
4	Beschrijvende kaders	35
	DSM	35
	BPRS	39
	De schijnzekerheid van de beschrijvende kaders	40
	Intermezzo: Vrees voor verlies van zelfcontrole	43
	Suïcidaliteit	43
	Bevelen van buiten	44
	Rigiditeit en angst	44
	Verslavingen	45
	Dwanghandelingen	45
	Dissociatie	46
	Zelfbeschadiging	46
	Negatieve ervaringen met seksualiteit	47
	Impasses	48
5	Ernaar vragen, je constatering uitspreken	49
	Onzeker zijn	49
	Gerichte vragen stellen	49

	Je mening geven	50
	Omgaan met reacties	50
	Weerstand	51
	Schrik	51
	Versterking negativiteit	52
	Opluchting	52
	Invoegen	53
6	Wie A zegt, moet B zeggen...	55
	Doorvragen	55
	Parkeren	56
	Verwijzen	57
	De visie van de cliënt	57
	De hulpvraag	59
7	Praten over oorzaken	61
	Bio-psychosociaal en de tijd	61
	Lichamelijke oorzaken	62
	Psychologische oorzaken	64
	Psychodynamische visie	64
	Leertheoretische visie	65
	Cognitieve visie	66
	Sociale oorzaken	68
	De nabije sociale context	68
	De bredere sociale context	69
	Steun, kracht, kwetsbaarheid, stress	71
	Resumé: het gesprek over oorzaken	72
8	Wat vraagt de cliënt eigenlijk?	73
	Symptoom en syndroom	73
	Is een syndroom een probleem?	74
	Soorten van lijden	74
	Primair lijden	75
	Secundair lijden	75
	Tertair lijden	76
	Probleem, lijden en frustratie	76
	Lijden en hulpvraag	77
	Andere problemen	78

Intermezzo: Culturele formulering	79	
Culturele identiteit van het individu	79	
Komst naar Nederland	80	
Verklaringen van de stoornis of klacht	81	
Cultuurspecifieke aandoeningen	81	
Factoren betreffende functioneren en psychosociale omgeving	82	
Culturele factoren in de relatie cliënt-hulpverlener	83	
Meerwaarde culturele formulering	84	
Resumé: wat heeft de cliënt nodig?	84	
9	Wie A zegt moet B zeggen en... C doen! Doel en aanpak	87
	Criteria doelformulering	88
	Subdoelen	90
	Meervoudige problemen	91
	Verwijzing van hulpvragen	92
	Plan van aanpak	92
	Overleg en onderhandeling	93
	Contact houden inclusief onbestemdheid	94
	Bemoeizorg	95
	Overheersende symptomen	96
10	Samenwerken tussen GGz-professionals en andere professionals	99
	Verslaving en psychiatrie: altijd GGz?	99
	Meervoudige problemen, meervoudige deskundigheid	100
	GGz-overleg zonder diagnostiek	101
	Gelijkwaardigheid	101
	Epiloog: Niet genezen, toch gelukkiger	103
	Over de auteurs	107

Voorwoord

Psychiatrische ziekten zijn eng en taboe. Veel mensen voelen zich machteloos en bedreigd in aanwezigheid van iemand die psychisch lijdt. Dat lijden is soms ongrijpbaar ver weg als iemand in een diepe depressie is verzonken, maar kan akelig dichtbij komen als iemand onder invloed van woede of wanen als een kat in het nauw onvoorspelbare boze sprongen maakt. Het taboe op psychische ziekten is nog groot, zo bleek toen niemand in de samenleving reageerde op een voorstel om eenzijdig psychiatrische patiënten een eigen bijdrage op te leggen, waar de 'echt zieken: de lichamelijk lijdenden' van vrijgesteld zouden blijven. Geen weldenkende Nederlander, op een enkeling na, die eraan dacht te protesteren tegen deze vorm van discriminatie. Integendeel, het uitkomen van een nieuwe editie van het psychiatrische classificatie systeem, merkwaardig genoeg op zijn Amerikaans *Diagnostic & Statistical Manual*, wakkerde een storm van verontwaardiging op. Psychiaters en psychologen zijn erop uit om mensen ziekten aan te praten... verdenkt iemand kinderartsen en internisten ervan blij te zijn dat er zo veel zwaarlijvige mensen zijn? In beide gevallen zijn er culturele factoren in de samenleving die kwetsbare groepen ziek maken.

Het boek *Wat is gek?* pakt veel van de bovenstaande vragen serieus aan. Niet door het zoveelste boek met eindeloze opsommingen neer te leggen. Nee, in tegendeel. Door psychiatrie serieus te nemen. Door mensen met psychiatrische ziekten serieus te nemen. Door de lezer mee te nemen in de wisselwerking tussen (kwetsbare) aanleg en omgevingsfactoren. Door voorlichting te geven over het functioneren van het brein. Door psychiatrisch lijden in een zinvol perspectief te zetten. Maar vooral door een realistische hoopvolle boodschap van mededogen en begrip te brengen, duidelijk neergezet vanuit een helder geschreven gedegen kennis.

Velen buiten de psychiatrie, leken maar ook werkers binnen en buiten de gezondheidszorg, kunnen hun voordeel doen met dit prachtige boek. Binnen de psychiatrie moet dit boek gelezen worden door patiënten als een vorm van psycho-educatie om hen in staat te stellen participanten te worden in hun eigen behandelproces. Maar vooral moet het gelezen worden door professionals die meer oog moeten hebben voor de mens met een psychische ziekte, om samen met hen zorgpaden tot een zinvol en gelukkig leven te banen. Zeker voor mensen waarvan gezegd wordt: Die zijn gek.

Rutger Jan van der Gaag

Hoogleraar Psychiatrie (Klinische Kinder- & Jeugdpsychiatrie)

Voorzitter Artsen Federatie KNMG

Inleiding: de psychiatrische bril

In dit boek introduceren we kijken door een psychiatrische bril, maar niet als medisch ziektemodel of eenzijdig gericht op psychofarmaca. We willen in het boek drie overwegingen aanreiken. Allereerst dat hulpverleners buiten de Geestelijke Gezondheidszorg (GGz) niet hoeven te schrikken van psychiatrie bij hun cliënten. We wijzen de idee ‘oh, het is psychiatrie dus moet ik verwijzen’ af. Ten tweede is het van belang dat hulpverleners psychische stoornissen herkennen en kunnen verwoorden – professionaliteit is woorden hebben voor wat je waarneemt. Het onder woorden brengen is belangrijk als de hulpverlener redenen heeft om te verwijzen en/of samenwerkt met een GGz-medewerker. De derde overweging: binnen en buiten de GGz dienen cliënten niet te worden opgesloten in een diagnose, niet in (voor)oordelen van de professional die weet hoe het zit, niet in een DBC.¹

We pleiten er nadrukkelijk voor om tijdelijke en chronische beperkingen niet te negeren; zet dus je psychiatrische bril op. Tegelijk pleiten we ervoor niet bang te zijn. Je denkt misschien dat psychiatrie te ingewikkeld is voor jou en je cliënt. Maar je kunt samen zoeken naar een geschikte, passende begeleiding, zeker ook in combinatie met een (andere) GGz-professional. Net als bij alle typen cliënten zijn er grenzen aan wat je kunt en wilt doen, maar dat is niet het startpunt. De centrale vraag is: ‘Wat is gek en hoe ga ik daarmee om?’ Dat geldt voor jou als professional en voor de cliënt.

1 Diagnose Behandel Combinatie.

De centrale vraag die de psychiatrische bril oproept is, wat is normaal en niet normaal? Dat is een boeiende, beschouwende vraag en we moeten niet nalaten die te blijven stellen. In de geest hebben mensen net zoveel overeenkomsten als in het lichaam. Iedereen heeft twee benen, twee armen, een neus enzovoort. Als iemand een been mist, zie je dat direct. Als iemand doof is of een oog mist, duurt het misschien iets langer, maar je merkt het wel. Voor de geest gaat hetzelfde op. Iedereen heeft geestelijke, psychische of hersenfuncties. Je weet dat iedereen denkt, waarneemt, emoties ervaart enzovoort. In tegenstelling tot lichamelijke gebreken hebben wij minder snel een conclusie. Je ziet een ontbrekend been en je evaluatie van de situatie is er direct. Bij psychiatrische problemen hebben we echter de neiging om te duiden naar eigen inzicht of te vergoelijken. Een kind zegt: 'Mama, die man doet gek.' Waarop de moeder antwoordt: 'Nou, nee. Misschien heeft hij het even erg moeilijk.'

Net als een kind kunnen volwassenen om allerlei redenen een minder scherpe evaluatie van psychische stoornissen hebben. Dit boekje gaat over het verscherpen van die evaluatie. We noemen daarvoor vier redenen:

- de wijze waarop contact met de cliënt verloopt kan veel helderder worden;
- er kan meer begrip ontstaan voor de problemen die iemand heeft;
- het wordt mogelijk om de invloed van de psychiatrische problemen op allerlei levensgebieden te beoordelen;
- de mogelijke hardnekkigheid van de stoornissen kan beter worden ingeschat (bijv. een blijvende beperking of kwetsbaarheid van een cliënt).

Een gedachte-experiment kan je helpen om bovenstaande beweringen te begrijpen. Stel, je staat in de rij voor de kassa. Voor je staat iemand die kennelijk niet spoort. In de regel heb je geen intakegesprek en teamvergadering nodig om dat vast te stellen. Als je jezelf afvraagt: 'Wat zie ik nou?', wordt het duidelijk of je in staat bent om de psychiatrische bril op te zetten. Ongevoelend, als leek, zal je waarschijnlijk de buitenkant zien. Het kan zijn dat je dan iemand aan de kant schuift. Het kan zijn dat je medelijden hebt, zonder te weten wat er aan de hand is. Het kan zijn dat je bangig bent en niks zegt.

Psychiatrische problemen imponeren vaak als alles bepalend. Daardoor ontstaat bij hulpverleners gemakkelijk de neiging om mensen die vreemd gedrag vertonen – zoals gezegd – meteen door te sturen naar de GGz. Als daar bij tijdens de intake de problemen als sociaal-maatschappelijk worden bestempeld, worden cliënten met nieuwe frustraties weggestuurd. Psychische stoornissen goed kunnen bespreken met een cliënt is daarom nuttig om de hulpvraag te omschrijven, om vast te stellen hoe die stoornissen het leven op de diverse levensdomeinen beïnvloeden en keuzes te maken welke hulpverlener wat kan betekenen voor een cliënt.

Dit boekje is nuttig voor iedereen die met cliënten met psychiatrische problemen te maken heeft. Omdat veel gezondheidswerkers en andere hulpverleners geen formele diagnoses stellen, spreken we hier van prediagnostiek. We willen bovendien graag de idee wegnemen dat als er een formele diagnose is, een effectvolle behandeling/begeleiding zo klaar als een klontje is. Dat is een sprookje. Dit geldt ook voor het zogenaamde diagnostisch handboek *DSM*.² Dat is absoluut geen toverboek. De psychiatrische bril is wel een instrument om binnen de werkrelatie gesprekken met cliënten te voeren, gesprekken over hun stoornis, lijden en hulpvraag. Niet de diagnose staat centraal, maar de mens, de cliënt. De psychiatrische bril kan ook ondersteunen bij de communicatie met hulpverleners van andere instanties. De basisidee is dat professionals buiten de GGz zelfstandig problemen van cliënten kunnen onderkennen en verwoorden, en kunnen zien of deze eigenstandig psychiatrisch zijn of (mede) voortkomen uit psychosociale problemen. Hierdoor ontstaat een begrippenkader dat de samenwerking tussen GGz-professionals en andere professionals ten goede komt. Tegelijk krijgt de professional buiten de GGz (bijv. bij het Algemeen Maatschappelijk Werk en in de Maatschappelijke Opvang) een kader om cliënten te begeleiden zonder GGz-hulpverlening, bijvoorbeeld omdat een cliënt ondanks een psychische stoornis dat niet nodig heeft of die hulp afwijst.

2 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.

Ons pleidooi voor de psychiatrische bril houdt in dat je zonder die bril op te zetten cliënten kunt overschatten in de mate waarin ze kunnen veranderen, de tijd die ze voor veranderingen nodig hebben en de steun die voor hen noodzakelijk is. Een kritische houding tegenover psychiatrie als wetenschap juichen we toe, maar dat is bepaald niet hetzelfde als psychische stoornissen ontkennen of over het hoofd zien.