

**Lezing gehouden op het lustrumcongres NVSPV ter gelegenheid van het 20-jarige bestaan.  
De titel van dit congres luidde: "Sociale psychiatrie, vergane glorie of met nieuw elan 2000 in"  
Publicatie vond plaats in het vakblad sociaal psychiatrisch verpleegkunde 'Sociale Psychiatrie'  
19<sup>e</sup> jaargang, nr. 56, maart 2000. NVSPV te Eindhoven.**

## Een eigen koers voor de sociale psychiatrie; ophouden met aanpassen

Prof. Dr. M.A.J. Romme

*'Echte gesprekken voerde je niet met mensen, dat werd niet op prijs gesteld. Ik adviseerde een vrouw met ernstige problemen om contact op te nemen met een maatschappelijk werkende. De hoofdverpleegkundige werd erg kwaad en zei tegen mij 'daar heb je je helemaal niet mee te bemoeien' (Riet Nouwens in I. van der Padt, 1999)<sup>1)</sup>. Dit getuigt van de vraag om een aanpassing die de SPV vaak zal overkomen. Aanpassing aan hiërarchische systemen met reductionistische denkwijze, die onafhankelijk denken gericht op de individuele variatie schade doet. De hoofdverpleegkundige suggereert tevens in haar antwoord geen boodschap te hebben aan sociale problemen terwijl deze juist de essentie vormen van de sociale psychiatrie.*

Met haar twintig jarig bestaan heeft de vereniging van Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundigen (NVSPV) bewezen een groeipotentie te bezitten en een functie te vervullen op hun werkterrein. In het profiel van de SPV laat de vereniging weten dat sociale interacties en sociale verhoudingen een grote invloed hebben op het ontstaan en het beloop van psychische en psychiatrische problemen. Kennis over deze invloeden geeft identiteit aan de SPV professie. Hoe is deze kennis te gebruiken in de klinische setting, die gebaseerd is op reductionistisch denken in ziektebeelden?

In dit artikel wil ik ingaan op de eigen identiteit van de sociaal psychiatrisch verpleegkundige die binnen de klinische psychiatrie een eigen koers zal moeten kiezen, waarbij ze zal moeten ophouden zich aan het klinisch denken aan te passen. In de praktijk lijken dit onvereenigbare doelen. Er leiden echter meerdere wegen naar Rome. Dit artikel is bedoeld om een discussie op gang te brengen waarbij vanuit verschillende standpunten naar een samenwerkingsrelatie gezocht kan worden.

### **Eigenheid van de Sociale psychiatrie**

In de sociale psychiatrie gaat het nu juist om de sociale en interactionele problemen en niet alleen als gevolg van ziekte, maar ook als oorzaak daarvan. Dit werd mij opnieuw duidelijk gemaakt in ons onderzoek bij stemmenhoorders dat 12 jaar geleden begon. Ik was al heel lang geïntrigeerd geraakt door de vraag in hoeverre er al of geen principiële verschillen zijn tussen psychosen en neurosen wat betreft hun relatie met de levensgeschiedenis en sociale interacties daarin. Die belangstelling ontstond tijdens mijn opleiding naar aanleiding van een discussie met Prof. Van Dantzig over de vraag in hoeverre psychosen en neuroses principieel verschillend zijn qua ziekte, of dat er grote overeenkomsten zijn ten aanzien van de dynamiek in hun ontstaan. We hadden er toentertijd geen antwoord op. In de leerboeken wordt en werd bij neurosen de relatie met de levensgeschiedenis wel geaccepteerd: bij psychosen was en is dit niet het geval. Door ons onderzoek bij stemmenhoorders weet ik dat hoewel de uitingsvorm verschilt, er qua ontstaansdynamiek, geen wezenlijk verschil bestaat en er een duidelijke relatie is met de levensgeschiedenis. Als ik nu terugkijk naar de

discussie met Van Dantzig dan denk ik dat ons probleem toen was dat men in de klinische psychiatrie uitgaat van ziektebeelden in plaats van uit te gaan van de primaire klacht.

Die verandering van denken is gegroeid en om die te kunnen begrijpen neem ik u mee naar ons onderzoek bij stemmenhoorders. Wij volgden hierbij een andere insteek en dat leverde ook andere informatie op waaruit duidelijk werd dat ook bij psychosen de relatie met de levensgeschiedenis van wezenlijk belang is. Die andere insteek betrof drie aspecten:

1. Wij onderzochten een symptoom dat wil zeggen de hinderlijke klacht in plaats van een ziektebeeld.
2. Wij onderzochten dit symptoom, c.q. deze klacht vanuit de ervaring van het individu c.q. de stemmenhoorder en niet vanuit een of andere theorie erover.
3. Wij onderzochten deze ervaring, zowel bij patiënten als bij niet-patiënten.

We deden een viertal studies. Het eerste een experiment waarin wij stemmenhoorders met elkaar in contact brachten en vroegen met elkaar over hun ervaring te praten (Romme, Escher 1989)<sup>2)</sup>. Voor dit onderzoek gebruikten wij de televisie als medium om in contact te komen met stemmenhoorders. Hierdoor kwamen wij tot onze verbazing in contact met 'gezonde' stemmenhoorders dat wil zeggen mensen die stemmen hoorden en nooit patiënt geweest waren, geen hulp behoeften en in hun dagelijks leven, in zoverre we dat konden overzien, goed functioneerden. Wij konden bij hen ook geen diagnose stellen. Omdat gezond zijn, een wetenschappelijk moeilijk uitspraak is, noemden wij ze 'niet-patiënten'.

Hierna bestudeerden we de literatuur en vonden we dat al vaak was vastgesteld dat er gezonde mensen zijn die stemmen horen. Het eerste bevolkingsonderzoek dateert uit de vorig eeuw en is van Sedgewick. Een recenter onderzoek met dezelfde uitkomst is van Tien (1991)<sup>3)</sup>. Uit beide onderzoeken kwam naar voren dat 2 % van de populatie stemmen hoort, waarbij slecht eenderde van die 2% dermate hinder van de stemmen ondervindt dat er sprake is van psychopathologie. Dat wil dus zeggen dat slechts 1 op de 3 stemmenhoorders er echt last van heeft en de andere 2 niet. Het merendeel van de stemmenhoorders heeft dus geen behoefte aan zorg.

Onze tweede studie richtte zich op stemmenhoorders waarmee wij meer en minder intensief contact onderhielden (Romme, Escher 1993)<sup>4)</sup>. Hieruit kwam naar voren dat er een duidelijke relatie bestaat tussen het stemmen horen en de ervaringen in de levensgeschiedenis.

Een derde onderzoek betrof een inventarisatie bij de patiënten van de sociaal psychiatrische dienst in Maastricht, en daaruit bleek dat stemmen horen voorkomt bij vele ziektebeelden (Honig e.a. 1999).<sup>5)</sup>

Vanuit het eerste experiment en vanuit de gevalsbeschrijvingen, gebaseerd op de ervaringen, hebben wij een interview ontwikkeld, dat we als instrument gebruikten bij ons vierde onderzoek, waarin we drie groepen stemmenhoorders met elkaar vergeleken qua verschillen en overeenkomsten. Het was een groep patiënten die de diagnose schizofrenie kreeg vastgesteld met een psychiatrisch diagnostisch instrument (de DIS, Robins '88)<sup>6)</sup>. Een groep patiënten, die de diagnose dissociatieve stoornis kreeg met behulp van de Dissociatieve ervaringen schaal (Bernstein & Putnam, 1986)<sup>7)</sup> en een groep stemmenhoorders die geen diagnose kreeg op grond van dezelfde bovengenoemde instrumenten. Hen noemden wij de groep 'niet-patiënten'.

#### **De vier belangrijkste resultaten van ons onderzoek waren:**

- Stemmen horen komt ook voor bij gezonde mensen en het is op zichzelf geen teken van een ziekte.
- Stemmen horen komt voor bij meerdere psychiatrische diagnoses en is op zich geen bewijs voor de aanwezigheid van schizofrenie.

- Stemmen horen is een heel persoonlijke ervaring, die samenhangt met de levensgeschiedenis.
- Stemmen horen begrijpen betekent, de sociaal/emotionele problemen en idealen van de persoon begrijpen.

Dit onderzoek leerde ons ook dat de symptomen, waarvan wij in de klinische psychiatrie leren dat zij behoren tot een ziektebeeld, niet van gelijke oorsprong zijn. Bij patiënten leidt de angst voor de stemmen tot allerlei secundaire reacties die het volledige ziektebeeld kunnen nabootsen. Vooral dit laatste leerden we uit de vergelijking tussen patiënten en niet-patiënten. Er zijn nog enkele overeenkomsten en verschillen uit ons vergelijkend onderzoek tussen patiënten en niet- patiënten naar voren gekomen.

**Overeenkomsten en verschillen tussen patiënten en niet- patiënten:**

1. Beide groepen horen zowel positieve als negatieve stemmen.
2. Patiënten ervaren de stemmen als overwegend negatief.
3. Gezonden ervaren de stemmen als overwegend positief.
4. Patiënten zijn bang voor de stemmen.
5. Gezonden zijn niet bang voor de stemmen.
6. Bij patiënten storen de stemmen hun dagelijks functioneren.
7. Bij gezonden storen de stemmen het dagelijks functioneren niet.

Waarom zijn deze gegevens belangrijk? Wel, de genoemde onderzoeksresultaten laten in de eerste plaats zien dat er het een en ander niet klopt in de klinisch psychiatrische redenering.

- Men is daar wel goed in het beschrijven van symptomen, maar wat niet klopt is de samenvoeging van symptomen tot ziektebeelden en de afgrenzing van ziekte.
- Doordat stemmen horen met de kenmerken van auditieve hallucinaties voorkomt bij gezonde mensen, mag men dit op zichzelf niet reductioneren tot het symptoom van een ziekte. Het ziekmakende blijkt niet de aanwezigheid van de stemmen te zijn, maar de omgang ermee.
- Doordat het begin van het stemmen horen heel duidelijk samengaat in de individuele levensgeschiedenis met ervaren machteloosheid, kan men dit verschijnsel niet reductioneren tot een hersenstoornis.
- De verschillende symptomen van een ziektebeeld zoals bijvoorbeeld schizofrenie, zijn van verschillende origine. Ze zijn namelijk deels reacties op sociale stressvolle gebeurtenissen, zoals trauma's en andere ervaringen, en deels reacties op reacties.

Hoe is deze, laat maar zeggen, dwaling bij het vaststellen van ziektebeelden ontstaan? Dit is gekomen omdat Kraepelin een paar, wetenschappelijk gesproken, methodologische fouten maakte bij het opstellen van het door hem ontwikkelde diagnostisch systeem, fouten die doorwerken in het DSM-systeem.

**Welke methodologische fouten maakte hij?**

1. Hij ontwikkelde het systeem op grond van gedragingen bij mensen opgenomen in een ziekenhuis.
2. Alle gedragingen en belevingen bij een patiënt beschouwde hij als gevolgen van een specifieke ziekte.
3. Hij ging er vanuit dat de oorzaak voor die ziekte, een orgaanstoornis in de hersenen was.
4. Hij groepeerde de verschijnselen en gaf aan bepaalde combinaties, bepaalde namen.
5. Hij hield zich niet aan de in de geneeskunde gebruikelijke definitie, die vraagt om een bepaalde oorzaak, een bepaald verloop, een bepaalde behandeling en een bepaalde prognose alvorens men tot de aanwezigheid van een 'ziekte' mag besluiten.

Tijdens ons onderzoek naar het stemmen horen bleek dat alle vijf de methodologische fouten van Kraepelin door een andere insteek tot andere uitkomsten leidden. Laten we opnieuw het lijstje met de vijf fouten langs lopen:

***Fout 1 was dat er niet gekeken is of de verschijnselen ook bij gezonde mensen voorkomen.***

Wat stemmen horen betreft is dat dus het geval. Uit onderzoeksliteratuur bleek dat 2% van de bevolking stemmen hoort en maar 1/3 daarvan hinder ondervond en hulp zocht. Daarom komen wij en anderen tot de conclusie dat niet de aanwezigheid van de stemmen een ziekte verschijnsel is, maar dat het onvermogen om met de stemmen om te gaan tot disfunctioneren en daarmee tot ziek zijn leidt.

***Fout 2 is dat alle gedragingen en belevingen van de patiënt gezien worden als afzonderlijke symptomen van een zelfde ziekte.***

Bij stemmen horen blijkt dat geen raad weten met de stemmen, in de loop der tijd een reeks andere vreemde gedragingen oproept. Zo kan iemand die te veel last van het geluid van de stem in zijn hoofd heeft, daar op allerlei manieren op reageren. Zoals bijvoorbeeld zich niet meer concentreren op het werk, in de war raken in het gesprek, zich emotioneel afsluiten of agressief worden. Daarover heeft vooral Ron Coleman (1999)<sup>8)</sup> veel informatie verzameld. Hij stelt aan ons professionelen dan ook de vraag of wij dat allemaal symptomen van een ziekte mogen noemen of dat de andere verschijnselen die de patiënt heeft reacties op de stemmen zelf zouden kunnen zijn.

***Fout 3 is dat er van wordt uitgegaan dat symptomen het gevolg zijn van bepaalde ziekten, eventueel veroorzaakt door hersenstoornissen.***

Bij stemmen horen blijkt dat het stemmen horen in 70% samengaat met voor de patiënt machteloos makende en voor hem onoplosbare situaties, gebeurtenissen of idealen. Terwijl het horen in de hersenen gepaard gaat met hersenactiviteit als parallel verschijnsel niet als oorzaak.

***Fout 4 is dat aan een bepaalde combinatie van verschijnselen een bepaalde naam gegeven wordt.***

Uit het stemmen onderzoek blijkt dat stemmen horen bij alle psychose categorieën voorkomen en niet alleen bij psychosen maar ook bij neurosen en persoonlijkheidsstoornissen. Uit onderzoek van Bentall (1990)<sup>9)</sup>, Boyle (1990)<sup>10)</sup>, Parker (1998)<sup>11)</sup> en anderen blijkt dat deze constructie wetenschappelijk geen construct validiteit bezit. Er zijn veel te veel verschillen tussen patiënten met dezelfde diagnose en te veel overeenkomsten tussen patiënten met verschillende diagnoses om afgrenzing tussen ziekten mogelijk te maken.

***Fout 5 is dat ervan wordt uitgegaan dat de groepen van symptomen 'afzonderlijke ziekten' representeren, maar er kon nooit een eenheid van oorzaak, verloop, behandeling en prognose worden vastgesteld.***

Bij stemmen horen blijkt, dat als men op het niveau van dat beleven naar de patiënt luistert, men in ongeveer 70% van de gevallen voor elke persoon afzonderlijk begrijpelijk kan maken wat de invloed is die samengaat met het gaan horen van stemmen. Bovendien kan men begrijpelijk maken welke invloeden ten grondslag liggen aan het disfunctioneren dat wil zeggen: het niet in staat zijn met de aanwezigheid van de stemmen om te gaan.

Al met al is het duidelijk dat de verklaring volgens ziekte-eenheden bij psychiatrische stoornissen de werkelijkheid vertekent. Daarom is er een paradigma verandering nodig, wil de ontwikkeling van de psychiatrie een grotere vlucht maken dan tot nu toe in de omgang met psychosen het geval is. Er zal veel

gezamenlijk onderzoek van wetenschappers en mensen met psychotische ervaringen nodig zijn. We moeten durven afstappen van de ten onrechte als onafhankelijke variabelen gehanteerde ziekte-eenheden zoals schizofrenie, manisch depressieve psychose, borderline, en overstappen op de klacht als uitgangspunt voor diagnostiek.

Belangrijke veranderingen in het professionele gedrag gaan ontstaan als men zich interesseert voor de psychotische belevingen, dus voor wat de mensen meemaken, bijvoorbeeld wat de stemmen zeggen, in welke levensomstandigheden ze ontstaan zijn, door welke gevoelens of situaties ze uitgelokt worden. Vaak blijkt dan dat wat die stemmen tegen de stemmenhoorder zeggen gaat over het probleem waar de stemmenhoorder mee zit. Uit wat ze zeggen blijkt wat er in het dagelijkse leven schort of wat iemand al eerder heel erg machteloos heeft gemaakt. Luister je niet maar denk je, zoals de psychiatrie dat doet, dat het stemmen horen een afwijking aan de hersenen is, dan kom je er ook nooit achter waar iemand mee zit. Je kunt hem of haar ook niet helpen met mogelijke oplossingen voor zijn of haar probleem en zijn of haar machteloosheid.

Een tweede belangrijke verandering in het denken, ontstaat als men naar de psychotische belevingen van de patiënt luistert en terugzoekt welke problemen de psychotische belevingen hebben uitgelokt. Het blijkt dat mensen op hetzelfde probleem heel verschillend reageren, zoals bijvoorbeeld de dood van een geliefde. Dit kan een ondragelijk verlies zijn, dat heel sterk emotioneert en machteloos maakt. Het geeft het gevoel niet verder te kunnen leven. Wanneer men het gebeurde en de emotie niet aan kan, dat wil zeggen niet tot rouwen komt of daarin gehinderd wordt, kunnen reacties ontstaan die sterk overeenkomen met psychotische reacties. Reacties waarin de werkelijkheid verandert of ontkent wordt.

- e één reageert door de gebeurtenis te ontkennen. In plaats van de machteloosheid komt de overtuiging dat de geliefde naar elders is afgereisd en daar wacht.
- Een ander ontkent het verdriet en reageert met ontremd gedrag en ter bevestiging van de ontkenning bijvoorbeeld met een willekeurige ander die gelijkenis vertoont in bed te duiken.
- Weer een ander kan het gevoel niet aan en ontkent alle emoties en besluit verder te leven als een robot.
- De volgende reageert in plaats van met somberheid over het gebeurde alleen maar met woede en vult zijn leven met agressiviteit en achterdocht.
- De volgende doet het weer anders en probeert het feit dat hem is overkomen te ontlopen door zich een ander te wanen of zich in een andere identiteit te verplaatsen.
- Sommige mensen blijven de stem van de overledene horen.

Zo zijn vele verschijnselen die we psychotisch noemen ook terug te vinden in het scala van uitzonderlijke rouwreacties (Lindeman 1946). Door in te gaan op de psychotische beleving zelf en op de levensgeschiedenis waarin deze ontstond hebben we gemerkt dat een en dezelfde gebeurtenis kan leiden tot heel verschillende psychotische toestanden. Op grond van de reactie wordt het bij de ene mens schizofrenie genoemd, op grond van een andersoortige reactie bij een ander mens manisch depressief et cetera.

Als men goed naar de ervaringen luistert blijkt er niet een oorzaak voor een bepaalde psychose te bestaan, maar is het juist andersom. Een bepaalde 'oorzaak' kan leiden tot verschillende psychotische toestanden. De psychiatrie is dus gaan dwalen, door de reacties van mensen te zien als ziekte-eenheden en deze te gaan bestuderen in plaats van te bestuderen hoe mensen zoal kunnen reageren op machteloos makende gebeurtenissen. Deze machteloos makende gebeurtenissen kunnen overigens heel verschillend zijn. Dat kan verlies door dood zijn, maar ook het niet kunnen accepteren van een bepaalde ongewenste seksuele identiteit of de ziekte van een kind waartegenover men machteloos staat et cetera.

Het onderzoek van de afzonderlijke onderscheiden psychotische ziektebeelden is dus betrekkelijk zinloos zolang niet procesmatige de relatie gelegd wordt met de individueel verschillende oorzaken. Het biologisch onderzoek van de hersenchemie kan hier wel een rol bij spelen, maar een heel andere rol dan momenteel door onderzoekcentra en door de farmaceutische industrie gedaan wordt. Het gaat erom hoe zich in de hersenen parallelprocessen afspelen, parallel aan de emotionele reacties op machteloos makende gebeurtenissen en deze reacties mogelijk gefixeerd raken in bepaald gedrag of beleving.

Wanneer we terugkeren naar de geneeskunde dan is daar een open houding ten aanzien van de klacht, gevolgd door een gedifferentieerd onderzoek de gebruikelijke weg. En een weg die dan vanzelf naar de affectieve-emotionele behoefte leidt.

En als je goed luistert vertellen de mensen die bijvoorbeeld hulp zoeken vanwege hun stemmen, dat ook. Ze zijn bang voor de stemmen, ze kunnen er niet meer helder door denken, ze worden er door gehinderd in hun dagelijks werk en daardoor voelen ze zich wanhopig, angstig, somber, hulpeloos, geïsoleerd, agressief. De emoties die de stemmen oproepen creëert de hulpvraag. Als psychiater heb je niet geleerd op de stemmen in te gaan op wat ze teweegbrengen bij de persoon wat ze zeggen et cetera. Je hebt alleen geleerd er een diagnose aan te koppelen en daarmee maak je er een object van en vergeet de persoon en de persoonlijke achtergrond van de klacht.

Zou men dus de klacht nagaan, zoals dat in goede geneeskunde het gebruik is, door in te gaan op de ondervonden hinder, door het begin van de klacht te traceren en een uitgebreide anamnese op te nemen dan kom je vanzelf uit bij de affectieve en emotionele behoeften. Maar dat wordt psychiaters afgeraden wanneer ze een verschijnsel als 'psychotisch' interpreteren.

**Wat hebben de sprekers, de ex- patiënten op verschillende congressen, ons geleerd:**

Ron Coleman leerde ons dat de hele reeks symptomen die in de psychiatrie gerekend worden tot het complex van de schizofrenie, ook te verklaren zijn als reacties op het stemmen horen als vorm van coping. Dit sluit aardig aan bij onderzoek van John Strauss<sup>12)</sup>, die de negatieve symptomen beschrijft als coping strategieën in de omgang met de positieve symptomen zoals stemmen horen en de persoonlijke verklaringen daarvoor. Een ervaring die wij ook regelmatig meemaakten bij patiënten.

- Maths Jespersen zette voor ons de belangrijkste elementen nog eens op een rij uit de noodzakelijke paradigma verandering. Psychosen zijn zoals Maths Jespersen het uitdrukt soms meer een overlevingsstrategie dan een ziekte, omdat het gedrag en beleven een doel dient en niet louter een afwijking aan het instrument hersenen voorstelt.  
Het paradigma voor psychosen wordt dan:
  - gedragingen, belevingen en symptomen hebben een betekenis
  - gedragspatronen (ziekten) zijn strategieën
  - oorzaken zijn de concrete levenservaringen
- Babs Johnston leerde ons hoe de symptomen van de psychose in al haar complexiteit te herleiden zijn tot intens ervaren levensproblemen, vaak liefdesverlies, zowel bij manisch depressieve patiënten als bij schizofrenie patiënten.
- Van Judi Chamberlin leerde ik dat de geestelijke gezondheidszorg nog veel te weinig gebruikt maakt van de ervaringsdeskundigheid van patiënten en ex-patiënten.
- Marlieke de Jonge stelt dan ook: 'van iedere psychose word ik wijzer'. Ze maakt duidelijk dat hulpverleners niet beter weten is, maar samen zoeken, naar elkaar luisteren en meedenken is.

Dit betekent dat psychosen geen object van behandeling zijn maar dat de

gedrag patronen als een persoonlijke strategie moet worden opgevat om de overweldigende concrete persoonlijke levenservaringen een plaats te geven, te kunnen bevatten of verwerken. Dit betekent dat het zoeken naar een bepaalde oorzaak voor een bepaald soort psychose zinloos is. Psychosen zijn reacties op onverteerbare levensproblemen.

De reactie is net zo individueel bepaald als het levensprobleem individueel verschillend is.

Er zijn dus vele oorzaken die kunnen leiden tot verschillende psychosen. Een grootste gemene deler wetenschap die dichotoom wil denken is dus weinig zinvol op dit terrein en waarschijnlijk schadelijk. Er zijn wel degelijk gedrag patronen die maatschappelijk gezien disfunctioneel zijn en die we psychotisch kunnen noemen. Alleen er is niet een bepaald type psychose dat veroorzaakt wordt door een bepaalde groep oorzaken. Er zijn dus schizofrene gedrag patronen en manisch depressieve gedrag patronen maar ze zijn niet te herleiden tot een bepaalde oorzaak noch is er sprake van slechts een mogelijk gevolg. Oorzaak en gevolg zijn individueel bepaald, in zijn/ haar individuele levensgeschiedenis.

Dit nu is de psychiatrie van de toekomst waarin we moeten leren dat symptomen geen uitingen van onderscheiden ziekten zijn, maar signalen van verschillende wijzen van verwerking van ernstige, doch zeer algemeen menselijke problemen.

Ik wil hiermee niet zeggen dat een psychotherapeutische benadering van de mensen die stemmen horen en daar hinder van ondervinden alle problemen oplost. Nee, het schept de mogelijkheid aandacht te geven aan de problemen die zijn verstopt achter de stemmen, en daarmee eventueel de mogelijkheid om een oplossing te creëren. Hier is dus ook de keuze aan de patiënt of deze de *Journey of selfdiscovery* aan wil, aan kan, of aandurft. Het is de cliënt die de reis aandurft, maar wij professionelen zullen hem helpen bij het maken van een reisplan.

### **Wat is de eigenheid van de sociale psychiatrie en de sociaal psychiatrische verpleegkunde?**

Uit het bovenstaande een aantal hoofdpunten afleiden, lijkt mij beter dan een lang verhaal.

De eigenheid van de sociale psychiatrie is haar verbondenheid met de sociale werkelijkheid zoals:

- a. Belevingen en gedrag in de psychose zijn tevens overlevingsstrategieën: Reacties op ervaren (ernstige, overweldigende) problemen.
- b. Sociale psychiatrie vereist daarom tevens een verplaatsing in de levenssituatie.
- c. Sociale psychiatrie erkent tevens de kracht van de sociale invloeden (omstandigheden) en de onmogelijkheid van de patiënt om daar op eigen kracht verandering in aan te brengen.
- d. De sociaal psychiatrisch verpleegkundige opdracht is te werken aan het herstel van de integratie met een sociale omgeving.

Hoe kunnen we hieraan vorm geven in de praktijk dat wil zeggen hoe kan de sociaal psychiatrisch verpleegkundige haar eigen vak beoefenen te midden van andere disciplines?

**De eerste stap** is de 'deconstructie van het ziektebeeld' dat wil zeggen met de patiënt nagaan welke belevingen en gedragingen hem/ haar zelf hinderen en vervolgens daar onderscheid in aan brengen: in reacties van en op problemen; in reacties ten behoud van zelfcontrole, de zogenaamde rituelen bedoeld om de belevingen waardoor men in verwarring raakt of door overweldigd dreigt te worden, onder controle proberen te houden. De verpleegkundige gaat na wat de primaire symptomen zijn, de primaire reacties op sociale problemen en wat de secundaire symptomen zijn, de reacties op de primaire symptomen.

**De tweede stap** is na te gaan welke relatie er is tussen de primaire symptomen en de levensgeschiedenis. Vanaf het begin van de eerste hinderlijke klacht moet men

samen de levensgeschiedenis onderzoeken op machteloos makende gebeurtenissen - sociale interacties, gefrustreerde idealen, identiteit problemen et cetera.

**De derde stap** is dan de secundaire reacties begrijpelijk maken door ze te zien als reactie op de overweldigende emoties, of als reactie op het primaire symptoom (begrijpelijk maken in plaats van etiketteren als ziekte).

**De vierde stap** is alternatieven te vinden voor deze secundaire reacties omdat deze vaak het dagelijks functioneren erg storen, dan wel alternatieven vinden voor de sociale omstandigheden waarin ze extra problematisch zijn.

**De vijfde stap** is te stimuleren dat de patiënt hetgeen hem overkomen is gaat accepteren, door er veel over te praten, de schaamte- en schuldgevoelens te relativeren, ze te zien in historisch perspectief en door er eventueel een andere betekenis aan te geven.

Dit alles klinkt soms alsof het eenvoudig werk is, gemakkelijk en snel te realiseren. Niets is echter minder waar. Integendeel, het kost veel tijd, veel geduld en het vermogen om de projecties van onvermogen van de patiënt te verdragen en toch vast te houden aan een geleidelijke weg:

- naar het maken van keuzes, ondanks eerder meegemaakte desillusies;
- naar het geleidelijk accepteren van gebeurtenissen, die eigenlijk niet hadden moeten plaatsvinden waar men geen raad mee wist en daarom liever ontkent of op andere wijze weghoudt uit het bewust ervan zijn;
- naar het stapje voor stapje anders leren omgaan met ervaringen en belevingen.

Kortom een geduldige begeleiding van de *Journey of selfdiscovery*. Als de psychose louter gezien wordt als de uiting van ziekte spaart men zichzelf veel moeite en tijd, maar blijft de chroniciteit. Als de psychose tevens gezien wordt als overlevingsstrategie is het zinvol aan de redenen daarvoor aandacht te besteden en wordt de weg geopend om het leven weer in eigen hand te nemen, zoals Marlieke de Jonghe het uitdrukt: 'Met elke psychose word ik wijzer.'

**Literatuur:**

- 1) Padt, I. van der (1999) *Hoopvol bezorgd*, Eindhoven, NVSPV.
- 2) Romme, M. en A. Escher (1989) Hearing Voices. *Schizophrenia Bulletin* 15, volume 12: 209-216.
- 3) Tien, A. Y. (1991) Distribution of hallucinations in the population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 26: 287-293.
- 4) Romme, M. en A. Escher (1993) *Accepting voices*, Mind, London. Herdruk (1999) *Stemmen horen accepteren*. Baarn, Tirion.
- 5) Honig, A. e.a. (1999) A Comparison between patients and non-patients. *Journal of Nerv. And Mental Disease*, 186: 646-651.
- 6) Robins, L.N. e.a. (1988) The Composite International Diagnostic Interview. *Arch. Gen. Psychiatry* 45: 1069-1077.
- 7) Bernstein, E.M. en Putnam (1986) Development, reliability and validity of a dissociation scale. *Journal of Nerv. And Mental Disease* 174: 727-735
- 8) Coleman, R. (1999) *Recovery an alien concept*, Gloucester, Handsellpublishing.
- 9) Bentall, R.P. (1990) *Reconstructing Schizophrenia*, London, Routledge.
- 10) Padt, I. van der (1999) *Hoopvol bezorgd*, Eindhoven, NVSPV.
- 11) Romme, M. en A. Escher (1989) Hearing Voices. *Schizophrenia Bulletin* 15, volume 12: 209-216.
- 12) Tien, A. Y. (1991) Distribution of hallucinations in the population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 26: 287-293.