

Jack A. Jenner

Interventies in de psychiatrische praktijk

INTEGRATIEF WERKEN VANUIT DE DIRECTIEVE THERAPIE

Boom | deTJDstroom

Interventies in de psychiatrische praktijk

voor Marianne,
mijn lief,
maatje,
muze en
steun in voor- en tegenspoed

Jack A. Jenner, met bijdragen van Barbara Jenner en Sonja Rutten

Interventies in de psychiatrische praktijk

Integratief werken vanuit de directieve therapie

© 2020 Jenner, J.A., p/a Boom uitgevers Amsterdam

De Tijdstroom is een imprint van Koninklijke Boom uitgevers.

Uitgegeven door Boom uitgevers Amsterdam BV
Prinsengracht 747-751
1017 JX Amsterdam

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, 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. Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikelen 16h t/m 16m Auteurswet 1912 jo. Besluit van 27 november 2002, Stb 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht te Hoofddorp (Postbus 3060, 2130 KB, www.reprorecht.nl) of contact op te nemen met de uitgever voor het treffen van een rechtstreekse regeling in de zin van art. 16l, vijfde lid, Auteurswet 1912. Voor het overnemen van (een) gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16, Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot Stichting pro (Stichting Publicatie- en Reproductierechten Organisatie, Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.stichting-pro.nl).

No part of this book may be reproduced in any way whatsoever without the written permission of the publisher.

De uitgever heeft ernaar gestreefd de rechten van de illustraties en de artikelen volgens wettelijke bepalingen te regelen. Degenen die desondanks menen zekere rechten te kunnen doen gelden, kunnen zich alsnog tot de uitgever wenden.

Verzorging omslag: Cees Brake, BNO
Schilderij omslag: De Schreeuw, Marianne Jenner
Verzorging binnenwerk: Joop Bierling, Alces Alces, Houten

ISBN 978 90 24430987
NUR 875

www.boompsychiatrie.nl
www.boomuitgeversamsterdam.nl

Inhoud

Voorwoord – 15

Jim van Os

Ten geleide – 17

1 De kunst van het motiveren – 23

- 1 Inleiding – 23
- 2 Hoe motiveer je mensen? – 24
 - 2.1 Belemmeringen en gevaren bij behandeling – 24
 - 2.2 Motiveren tot verandering – 26
- 3 Motiveringsstrategieën – 28
 - 3.1 Communicatiestijlen – 29
 - 3.2 Hoop wekken – 31
 - 3.3 Positief de patiënt benaderen – 32
 - 3.4 Positief etiketteren – 32
 - 3.5 Selectief operant conditioneren – 34
 - 3.6 Socratische dialoog – 35
 - 3.7 Inspelen op habituele gedragspatronen en persoonlijkheidskenmerken – 36
 - 3.8 Van klacht naar doel – 38
 - 3.9 Motiverend interviewen – 38
- 4 Psycho-educatie – 41
 - 4.1 Waartoe dient psycho-educatie? – 41
 - 4.2 Waarom psycho-educatie? – 43
 - 4.3 Wanneer psycho-educatie? – 44
- 5 Materiële acties – 46
- 6 Paradoxe communicatie – 46
 - 6.1 Enkele paradoxale voorbeelden ter verduidelijking – 47
- 7 Judotechnieken en hypercongruente interventies – 50
 - 7.1 Judotechnieken – 50
 - 7.2 Hypercongruente interventies – 51
- 8 Inspelen op de perceptiestijl van patiënten – 52
- 9 Macht als motiverende kracht – 52
- 10 Gepersonifieerd motiveren – 53

2 Agressie en geweld – 55

- 1 Inleiding – 55
- 2 Theorieën – 57
 - 2.1 Medicatie – 59
 - 2.2 Epilepsie – 59
- 3 Signalen verdacht voor agressie en geweld herkennen – 59
 - 3.1 Rol van angst – 59
 - 3.2 Draagkracht en draaglast – 60
 - 3.3 Grenzen van het eigen territorium – 61
 - 3.4 Culturele aspecten – 61
 - 3.5 Het potentiële risico van begrip – 62
- 4 Agressie en psychiatrische stoornissen – 63
 - 4.1 Voorspellende factoren van gewelddadig gedrag – 64
- 5 Risico-inschatting – 64
 - 5.1 Risicofactoren – 65
 - 5.2 Fout-positieve en fout-negatieve voorspellingen – 67
- 6 Ernst van en kans op direct geweld inschatten – 67
- 7 Geweldgerichte behandeling – 68
 - 7.1 Psychosociale interventies – 68
 - 7.2 Medicatie – 73
 - 7.3 Melden van incidenten – 74
 - 7.4 Meldcode kindermishandeling en huiselijk geweld – 74
- 8 Omgaan met de politie als deze strafbare feiten opspoor – 79

3 Medicamenteuze interventies in de acute psychiatrie – 83

- 1 Inleiding – 83
- 2 Acute opwindingsstoestand – 83
 - 2.1 Acute agitatie bij een paranoïde psychose – 84
 - 2.2 Acute agitatie bij een manie – 87
 - 2.3 Acute agitatie bij een somatische aandoening – 89
- 3 Acute verwardheid – 89
 - 3.1 Delier – 89
 - 3.2 Alcoholonttrekkingsdelier – 95
- 4 Katatonie – 95
 - 4.1 Subtypen – 96
- 5 Bijwerkingen van medicatie – 97
 - 5.1 Akathisie – 98
 - 5.2 Acute dystonie – 98
 - 5.3 Maligne neurolepticasyndroom – 99
 - 5.4 Serotoninesyndroom – 100

- 6 Intoxicatie met geneesmiddelen – 101
 - 6.1 Intoxicatie met stemmingsstabilisatoren – 101
 - 6.2 Intoxicatie met antidepressiva – 102
 - 6.3 Intoxicatie met antipsychotica – 103
- 7 Intoxicatie met en onthouding van (genots)middelen – 103
 - 7.1 Diagnostiek – 103
 - 7.2 Intoxicatie met genotsmiddelen – 105
 - 7.3 Onthouding van genotsmiddelen – 107

4 Crisisinterventie en acute psychiatrie – 109

- 1 Crisistheorie – 109
 - 1.1 Emotionele aspecten van crises – 109
 - 1.2 Patroon van een crisis – 110
 - 1.3 Crisis- en verwerkingsfasen volgens Tyhurst – 111
- 2 Begripsbepaling – 113
 - 2.1 Crisistypologie – 115
- 3 Crisis en communicatie – 117
 - 3.1 Symmetrisch, complementair en parallel – 117
 - 3.2 Inhoud en betrekking – 118
 - 3.3 Symptomatisch gedrag – 118
 - 3.4 Strijdige communicatie – 119
 - 3.5 Realiteitstoetsing – 120
- 4 Crisisinterventie – 122
 - 4.1 Preambule – 122
 - 4.2 Organisatie – 131
 - 4.3 Voorbereidingsfase – 135
 - 4.4 Diagnostiek- en hypothesevormingsfase – 136
 - 4.5 Uitvoerings- of interventiefase – 137

5 Omgaan met suïcidaal gedrag – 163

- 1 Inleiding – 163
- 2 Definities – 163
- 3 Suïcideplegers – 164
- 4 Suïcidepogers – 167
- 5 Vooroordelen – 170
- 6 Oorzaken van suïcidaal gedrag – 170
 - 6.1 Verklaringsmodellen – 170
 - 6.2 Is suïcidaliteit een ziekte? – 175
 - 6.3 Is suïcidaliteit een geestesziekte? – 176
- 7 Motieven voor suïcidaal gedrag – 177

- 8 Suïcidaal gedrag – 179
- 9 Hulpverlening – 183
 - 9.1 Suïcidaal gedrag is crisisgedrag – 183
 - 9.2 Beoordeling van suïcidegevaar – 184
 - 9.3 Benadering van suïcidale mensen – 187
 - 9.4 Intervenieren bij acute dreiging van suïcide – 193
 - 9.5 Niet-suïcideovereenkomst – 201
- 10 Suïcidaliteit en het ziekenhuis – 214
- 11 Rouwverwerking en hulp aan nabestaanden – 216
- 12 Suïcidepreventie – 219
 - 12.1 Berichtgeving in de media over suïcide – 222

6 Stemmingsklachten – 229

- 1 Inleiding: zich depressief voelen, depressief zijn en manisch zijn – 229
- 2 Het belang van tijdige herkenning – 231
- 3 Diagnostiek – 232
 - 3.1 Algemeen – 232
 - 3.2 Depressie bij kinderen – 233
- 4 Gericht uitvragen – 234
 - 4.1 Voor depressie suspecte symptomen – 235
 - 4.2 Verplichte thema's in acute situaties – 236
 - 4.3 Tijdsduur – 237
 - 4.4 Slaapproblemen – 237
 - 4.5 Dagschommeling, vitale depressie en persisterende depressieve stoornis – 238
- 5 Differentiaaldiagnosen – 239
 - 5.1 Rouwreactie – 239
 - 5.2 Organische stoornis – 243
 - 5.3 Angststoornis – 245
 - 5.4 Somatisatiestoornis en gemaskeerde depressie – 245
 - 5.5 Psychotische stoornis met negatieve symptomen – 248
 - 5.6 Persoonlijkheidsstoornis – 249
 - 5.7 Aanpassingsstoornis met depressieve klachten – 249
- 6 Oorzakelijke verklaringen – 249
 - 6.1 Biologische factoren – 250
 - 6.2 Sociale factoren: sekse, burgerlijke staat, sociale status – 251
 - 6.3 Spirituele factoren, depressie en religie – 256
- 7 Bejegening en behandeling van depressieve patiënten – 260
 - 7.1 Bejegening – 261

- 7.2 Selectieve waarneming normaliseren – 262
- 7.3 Psycho-educatie geven – 262
- 7.4 Positief etiketteren, herlabeling en reframing – 263
- 7.5 Gesprekstherapie – 263
- 7.6 Milieu-interventies – 273
- 7.7 Motiveren – 274
- 7.8 Kiezen én delen – 275
- 7.9 Medicatie – 277
- 8 Bipolaire stoornis – 290
 - 8.1 Inleiding – 290
 - 8.2 DSM-5-criteria van een manische episode – 291
 - 8.3 Relationale aspecten – 292
 - 8.4 Behandelbeleid – 293
 - 8.5 Medicatie – 294
 - 8.6 Crisisinterventie en opnamepreventie – 298
 - 8.7 Het risico van monomaan therapeutisch denken – 299
- 9 Preventie – 300

7 Emotionele stoornissen – 303

- 1 Inleiding: normale en pathologische angst – 303
- 2 Diagnostiek – 305
 - 2.1 Algemeen – 305
 - 2.2 Diagnostiek van afzonderlijke angststoornissen – 307
 - 2.3 Differentiaaldiagnosen bij angststoornissen – 314
- 3 Verklaringsmodellen – 318
 - 3.1 Algemeen – 318
 - 3.2 Biologische verklaringen – 318
 - 3.3 Psychologische verklaringen – 319
 - 3.4 Sociale verklaringen – 320
- 4 Bij angst effectieve behandelingen – 321
 - 4.1 Algemeen – 321
 - 4.2 Cognitieve gedragstherapie bij angststoornissen – 322
 - 4.3 Medicatie bij angstklachten – 324
 - 4.4 Ontspanningsoefeningen – 327
- 5 Behandelbeleid per stoornis – 328
 - 5.1 Paniekstoornis en agorafobie – 328
 - 5.2 Sociale fobie – 329
 - 5.3 Obsessieve-compulsieve stoornis – 331
 - 5.4 Posttraumatische stressstoornis – 333
 - 5.5 Gegeneraliseerde-angststoornis – 336
 - 5.6 Angst bij kinderen – 337

8 Psychosen (e)en realiteit – 339

- 1 Inleiding – 339
- 2 Etiologie van psychosen – 340
- 3 Diagnostiek – 341
 - 3.1 Het belang van classificeren – 341
 - 3.2 Classificatie van psychosen – 343
 - 3.3 Het diagnostisch proces – 345
 - 3.4 Prognose – 350
- 4 Schizofrenie – 351
 - 4.1 DSM-5-criteria – 352
 - 4.2 Vóórkomen, oorzaken en beloop – 352
 - 4.3 Negatieve symptomen – 354
 - 4.4 Recidieven – 354
 - 4.5 Prognose – 355
 - 4.6 Behandeling – 357
- 5 Realiteit en cognitieve stoornissen – 389
 - 5.1 Realiteit – 389
 - 5.2 Stoornissen in waarnemen en voorstellen – 389
 - 5.3 Stoornissen in denken – 395
- 6 Symptoomgerichte behandelmethoden – 400
 - 6.1 Hallucinatiegerichte integratieve therapie – 401
 - 6.2 Cognitieve gedragstherapie bij wanen – 422

9 Compliance of therapietrouw – 431

- 1 Definitie – 431
- 2 Therapieontrouwe patiënten – 432
- 3 Belang van tijdige herkenning therapieontrouw – 434
- 4 Oorzaken en kenmerken therapieontrouw – 435
 - 4.1 Sociaal-demografische kenmerken – 436
 - 4.2 Cognitieve kenmerken – 437
 - 4.3 Klinische kenmerken – 437
 - 4.4 Behandelrelatie – 438
 - 4.5 Het stigma van de psychiatrische ziekte – 439
- 5 Optimaliseren van therapietrouw: een schematisch overzicht – 441
 - 5.1 Communicatie – 442
 - 5.2 Voorlichting – 443
 - 5.3 Medicatiebeleid – 443
 - 5.4 Afspraakmanagement – 444
 - 5.5 Inschakelen van het sociale netwerk – 445

- 6 Kunnen we het stigmatiseren verminderen? Zo ja, hoe? – 446
- 7 Gulden regels – 447

10 Opname: indicatie en preventie – 449

- 1 Inleiding – 449
- 2 Trends in de consumptie van ggz-voorzieningen – 449
 - 2.1 Rol van opnemende instellingen – 450
 - 2.2 Opnamen naar diagnose – 451
 - 2.3 Keuze van behandelsetting – 452
- 3 Effectvergelijking van klinische opname en andere vormen van hulp – 453
- 4 Verwachtingen met betrekking tot een opname – 455
 - 4.1 Psychiatrische opname – 455
 - 4.2 Onvrijwillige psychiatrische opname – 456
- 5 Neveneffecten van een psychiatrische opname – 457
- 6 Opname-indicatoren – 459
 - 6.1 Fasen en fasespecifieke factoren in de besluitvorming rond een opname – 459
 - 6.2 Indicatiecriteria voor opname – 460
 - 6.3 Naar een optimale indicatiestelling voor opname – 463
- 7 Opnamepreventie – 464
 - 7.1 Attitudeverandering – 465
 - 7.2 Financiële houdgreep in de ggz – 466
 - 7.3 Verandering in opnameprocedures – 468
 - 7.4 Behandelarrangement – 469
- 8 Opnamevoorkomende strategieën – 471
 - 8.1 Waarom OVS en hoe? – 471
 - 8.2 Opnameaanbeveling als OVS – 475
 - 8.3 Hypercongruente interventie en hypercongruente strategie – 476
 - 8.4 OVS en organisatie – 479
 - 8.5 Voorkómen van heropnamen – 481
 - 8.6 Effectmeting van OVS – 483
- 9 Onvrijwillige opname en OVS – 484
- 10 Mislukkingen bij OVS – 489
- 11 Spanningsveld autonomie en recht op zorg versus bescherming openbare orde en maatschappij – 490
 - 11.1 Innerlijke tegenstrijdigheid in de wetten tegen onvrijwillige zorg en tegen opname – 490

- 12 Betrouwbaarheid van gevaarcriteria – 491
 - 12.1 Definitie van gevaar – 491
 - 12.2 Inschatten van gevaar – 492
 - 12.3 Gebruik en gevolgen van het gevaarprincipe – 493
 - 12.4 Hoe beoordelen patiënten hun verplichte zorg? – 495
- 13 Nieuwe wet- en regelgeving rond zorg – 496
- 14 WGBO, Wvggz, Wzd en Wfz – 500
 - 14.1 Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) – 500
 - 14.2 Wet verplichte ggz (Wvggz) – 502
 - 14.3 Wet zorg en dwang (Wzd) – 513
 - 14.4 Wet forensische zorg (Wfz) – 520
- 15 Motiveren tot opname – 520
- 16 Ondercuratelestelling, onderbewindstelling en mentorschap – 521
 - 16.1 Ondercuratelestelling – 523
 - 16.2 Onderbewindstelling – 525
 - 16.3 Mentorschap – 526

11 Ziekenhuispsychiatrie – 529

- 1 Inleiding – 529
- 2 Doelstellingen van ziekenhuispsychiatrie – 531
- 3 Definities, doelgroep en criteria voor toewijzing aan het expertise-programma – 531
 - 3.1 Consultatieve psychiatrie – 531
 - 3.2 De psychiater als consultatiegever – 532
 - 3.3 De psychiater als consulent en medebehandelaar – 532
 - 3.4 Context van het psychiatrisch consult in een algemeen ziekenhuis – 533
 - 3.5 Effectiviteit van psychiatrische consulten – 534
- 4 Liaisonpsychiatrie – 535
 - 4.1 Context van de liaisonpsychiatrie in een algemeen ziekenhuis – 535
- 5 Patiëntenpopulatie van de liaisonpsychiatrie – 536
- 6 Interventies – 537

12 Naar een ander type psychiatrie? – 539

- 1 Inleiding – 539
- 2 De macht van verklaringsmodellen: religie, natuurwetenschap en drie EBP's – 539
 - 2.1 Religie – 539

- 2.2 Natuurwetenschap – 540
- 2.3 Evidence-based psychiatry – 541
- 2.4 Emotion-based psychiatry – 545
- 2.5 Economy-based psychiatry – 546
- 3 Focus op Nederland – 548
- 4 Zorgmantra's – 550
 - 4.1 Kostenbeheersing – 550
 - 4.2 Efficiency – 551
 - 4.3 Zingeving – 551
 - 4.4 Zorgpaden – 552
- 5 Veranderingen in de ggz: zorginhoudelijke vernieuwing of slechts naamsverandering? – 552
 - 5.1 Marktwerking – 552
 - 5.2 Intensive Home Treatment (IHT) – 554
 - 5.3 High Intensive Care (HIC) – 555
 - 5.4 Flexible Assertive Community Treatment (FACT) – 555
- 6 Gapende kloof tussen topmanagement en werkvloer – 559
- 7 Veranderende maatschappelijke opvattingen: drang en dwang – 560
- 8 Samenvatting, conclusies en toekomstgerichte adviezen – 561
 - 8.1 Samenvatting – 561
 - 8.2 Wat moet en kan beter? – 562
 - 8.3 Noodzakelijke veranderingen voor het laten slagen van zorginnovatieprojecten – 564

Bijlagen – 567

- Bijlage 1
 - Auditory Vocal Hallucination Rating Scale (AVHRS) – 567
- Bijlage 2
 - Groningse Stemmen Score Lijst Basisschoolversie (GSSL-BS) – 582
- Bijlage 3
 - Positive and Useful Voices Inventory (PUVI) – 592
- Bijlage 4
 - Groningse Lijst Omgaan met Stemmen horen (GLOS) – 597
- Bijlage 5
 - Klachtenlijst G-schema – 600
 - Bijlage 5A: 5-G-schema stemmen horen – 601
- Bijlage 6 Crisisplan – 602
- Bijlage 7 Trauma Lijst (TRAMAL) – 606
- Bijlage 8 Spiritualiteit en Religiositeit Test (SPITE) – 609

Afkortingen – 611

Noten – 616

Zakenregister – 651

Voorwoord

We leven in een tijd dat de multidisciplinaire richtlijnen die ons handelen moeten sturen dusdanig omvangrijk zijn geworden dat het werken ermee niet altijd eenvoudig is. Wat ontbreekt, is de integratie van het klinisch praktisch handelen dwars door de verschillende richtlijnen heen, iets wat ons houvast geeft in de hectiek van de dagelijkse biopsychosociale praktijk.

Jenner heeft ons een grote dienst bewezen met dit werk. Jaren en jaren aan ervaring in de psychiatrie, op heldere wijze verbonden met de theoretische kaders, worden ons aangereikt in zeer leesbaar Nederlands – haast spannend geschreven hier en daar. Ik ben een groot liefhebber van dit type boek, met de sterke persoonlijke lijn, de voelbare betrokkenheid en de coherente boodschap.

Voor wie nog weinig gezien heeft in de acute psychiatrie, zal de casuïstiek veel verhelderen. Wie zich gesterkt wil voelen in het vinden van een pad rond de vele ethische dilemma's die zich voordoen in de praktijk, zal niet teleurgesteld zijn; wie historisch perspectief zoekt, zal verlicht worden en wie zich beter uitgerust wil voelen om de volgende nachtdienst in te gaan, dient dit boek simpelweg gelezen te hebben.

Het baanbrekende werk van Jenner op het gebied van psychose en de behandeling van hallucinaties komt terug in de verschillende hoofdstukken, voornamelijk in de aandacht voor de dialoog, het ontwikkelen van een perspectief in de relatie met de patiënt, de *hands-on* therapeutische vaardigheden in de acute psychiatrie en het zoeken naar synergie van medicamenteuze en niet-medicamenteuze benaderingen.

Af en toe is iemand bereid de wijsheid die ontwikkeld is gedurende decennia van praktijk en wetenschap, te delen met anderen. Met dit werk kunnen we weer jaren vooruit.

Jim van Os, herstelgerichte psychiater, hoogleraar psychiatrische epidemiologie en medisch manager van de 'divisie hersenen', UMC Utrecht

Ten geleide

Dit boek bouwt voort op mijn eerdere boeken *Directieve interventies in de acute en sociale psychiatrie* en *Hallucination-focused Integrative Therapy*. Het uitgangspunt van *Interventies in de psychiatrische praktijk – Integratief werken vanuit de directieve therapie* is de persoon in diens leefomgeving. Het model van waaruit ik het boek heb geschreven, is de directieve therapie. In weerwil van wat sommigen menen, is deze therapie geen autoritaire vorm van hulpverlening waarin de therapeut de patiënt, al dan niet fijntjes, vertelt wat hij móét doen. Integendeel, het basisprincipe van de directieve therapie is dat tussen de hulpverlener en de patiënt een doolhof ligt. Anders dan bij inzichtgevende therapieën hanteert een directief therapeut minder een selectiefilter. Een directief therapeut ziet het juist als zijn plicht de patiënt zo ver mogelijk in die doolhof te benaderen, hem of haar tegemoet te komen. Directieve therapie richt zich meer op wat, waar, wanneer en hoe dan op waarom. Het onderzoek naar deze factoren brengt geregeld ook waarom-zaken aan het licht, ook die uit het verleden. Zelfontdekking en zelf ontdekken vinden directief therapeuten belangrijke doelen en hulpmiddelen om een leefstijl te ontwikkelen die bij een persoon past. Maar een directief therapeut weet ook dat dit niet voor ieder mens mogelijk is. Die patiënten wil hij zo veel mogelijk helpen door bijvoorbeeld ideeën en advies aan te reiken over probleemoplossend gedrag die hun effect al bij andere patiënten hebben bewezen. Dit helpt het risico te minimaliseren dat patiënten onnodig meermalen hun kop stoten. Door de patiënt en het leefsysteem een menu aan mogelijkheden aan te bieden wordt – anders dan het confectiepak van de marktwerking – een maatkostuum mogelijk.

Kernthema's uit de directieve therapie die in dit boek aan bod komen, worden hierna opgesomd.

- *Gepersonifieerde hulp* die zich richt op het lijden van een persoon en diens recht op uniciteit. De consequentie daarvan is dat standaardisatie en managementmodellen hulpmiddelen moeten zijn en blijven én alleen nuttig zijn voor zover deze de authenticiteit van het individu respecteren en diens grenzen in acht nemen.
- *Integreren* is een must voor optimale psychiatrie. Onderzoek heeft aangetoond dat monotherapieën minder effectief zijn dan combinatietherapie met integratie van verschillende modellen en interventies. Integreren betekent het zorgaanbod waar mogelijk afstemmen op de zorgvraag, maar ook het samenvoegen van referentiekaders. De ggz maakt gebruik van onderling strijdige modellen en referentiekaders, die deels disciplinegebonden zijn. Samenwerken in

teams heeft daardoor als inherent risico een conflict van modellen en daarmee een strijd om de macht. Conflicten, vooral de verhulde vormen, belemmeren een optimale samenwerking. In hoofdstuk 12 komt dit thema uitgebreid aan bod.

- *De mens als sociaal wezen*. In de behandeling van patiënten moeten de sociale psychiatrie en de systeemtherapie kernelementen zijn. Het focus moet zich richten op het optimaliseren van de sociale re-integratie van patiënten in samenwerking met hun leefsysteem en netwerk.
- *Psychiatrie*, want dit boek richt zich op patiënten met psychiatrische stoornissen. Bewust schrijf ik over patiënten die lijden, ondanks hun dappere pogingen zich staande te houden. De termen cliënt en klant heb ik bewust niet gebruikt. Klanten kunnen, anders dan cliënten, namelijk vrij kiezen of ze iets willen kopen en zo ja, bij welke winkel en welk product tegen welke prijs. Psychiatrische patiënten die ggz-hulp behoeven, hebben om verschillende redenen ten onrechte geen klantenrechten. Hen cliënt noemen verdoezelt deze situatie; het klinkt vriendelijk, maar verhult een pijnlijke situatie. Klant riekt naar marktwerking, een zorgmodel waarvan de nadelen voor ‘ggz-klanten’ evident zijn. Hulpverleners hebben, anders dan ondernemers, geen winstoogmerk; zij willen hulp bieden en herstel bevorderen.

De diverse casussen in dit boek demonstreren hoe de besproken interventies kunnen – niet móeten – worden geïmplementeerd. Ze komen uit mijn eigen praktijk, ze zijn niet verzonnen. Wel zijn ze geanonimiseerd om herkenning te voorkomen. De casussen weerspiegelen de ambiance van mijn werkgebieden, die minder bruisend waren en zijn dan de grootstedelijke drukte. Een deel van mijn werk speelde zich af in een Biblebeltregio. Dat verklaart de religieuze context van sommige casussen en de interventies die aansluiten bij de religie van de patiënt in kwestie (protestants-christelijk, rooms-katholiek, hindoeïstisch en islamitisch). Invoegen in het leefsysteem van mensen is immers onontbeerlijk voor het leggen van contact. Mijn ervaringen met FACT zijn van recentere datum en komen uit andere regio’s.

Het focus op wat er aan de hand is, op wat je waar en wanneer moet doen én op hoe je dat kunt doen, wordt in elf van de twaalf hoofdstukken uitgewerkt. Deze hebben duidelijk een ambulante focus vanwege de inherente nadelen van een opname (zie hoofdstuk 10). Het twaalfde hoofdstuk richt zich op de vraag waar de ggz naartoe moet. Dit slothoofdstuk is geschreven in een andere stijl dan de voorgaande elf. Het volgt de historische ontwikkeling in het denken over en het omgaan met bezetenen, beheksten, devianten, gekken en geestestoornissen naar mensen met een psychiatrische ziekte: van debielen via

zwakzinnigen naar mensen met een verstandelijke beperking en van kloosters via dolhuizen naar apz, paaz en ggz-instellingen. Hoofdstuk 12 gaat verder in op de (ver?)wording van de Nederlandse ggz, met een nadruk op de periode na de Tweede Wereldoorlog, de verschuivingen in het machtsverwicht en de gevolgen van de marktwerking in de zorg. Het beschrijft hoe terminologie en framing hierin een belangrijke rol spelen. Doelstellingen worden gepresenteerd als resultaten. Ook wordt oude wijn verkocht in nieuwe zakken, waarbij interventies uit het verleden in een 'managementverpakking' als nieuwe vindingen gepubliceerd worden. In mijn literatuurverwijzingen heb ik ervoor gekozen te verwijzen naar 'originele' publicaties zolang recentere publicaties geen relevante toevoeging bieden. Dit hoofdstuk wordt afgesloten met enkele wensen/voorstellen voor verandering.

De voorgaande elf hoofdstukken demonstreren in zekere zin de werkwijze die mij het meest aanspreekt. Zonder persoonlijk wederzijds contact tussen hulpverlener en patiënt en diens systeem is er meer sprake van dwang dan van hulp. Organiseren van contact en binding zijn daarom noodzakelijke voorwaarden in de ggz.

- Hoofdstuk 1 richt zich op motiveringsmethodieken en hun onderbouwing. Een staalkaart van verschillendsoortige motiveringsmethodieken wordt geïllustreerd met casuïstiekbesprekingen.
- In hoofdstuk 2 worden agressie en gevaarlijke situaties vanuit verscheidene verklaringmodellen behandeld. Afgesloten wordt met vuistregels voor het omgaan met de politie in situaties waarin de privacy een belangrijke rol speelt. Ook al zijn de meeste patiënten met een psychiatrische diagnose, enkele symptomen daargelaten, niet gevaarlijker dan de doorsneeburger, toch is kennis van agressie, gevaar en politie belangrijk – beter blo Jan dan dô Jan (beter te voorzichtig dan zich aan gevaar bloot te stellen).
- Hoofdstukken 3 en 4 betreffen de acute psychiatrie en crisisinterventiemethodieken. Hoofdstuk 3 richt zich op medicatie bij opwinding, verwardheid, katatonie, bijwerkingen van medicatie en intoxicatie. In hoofdstuk 4 worden crisistheorieën, communicatie, crisisteamorganisatie en crisisinterventies beschreven.
- Hoofdstuk 5 bevat een bespreking van definities van suïcidale ideatie, de verschillen tussen suïcidepogers en -plegers, motieven en oorzaken van suïcidaal gedrag, methoden van hulpverlening en mogelijkheden voor preventie.
- In hoofdstuk 6, over stemmingsklachten, worden de symptomen, differentiaaldiagnostiek, oorzakelijke verklaringen, bejegening en behandeling van patiënten met depressieve en bipolaire stoornissen uitgewerkt.

- Hoofdstuk 7, over emotionele stoornissen, volgt eenzelfde opzet en eindigt met een stoornisspecifiek behandelbeleid.
- In hoofdstuk 8, over psychosen, komen de diagnostiek, prognose, cognitieve stoornissen en schizofrenie aan de orde. Met specialistische behandelingen van hallucinaties en wanen wordt dit hoofdstuk afgesloten.
- Therapie(on)trouw is het onderwerp van hoofdstuk 9.
- In hoofdstuk 10 wordt uitgebreid ingegaan op opnamevoorkomende strategieën. Opnametrends, -verwachtingen, -indicatoren, -preventie, onvrijwillige opname en opnamevoorkomende strategieën worden uitvoerig besproken. Van de vervangers van de Wet Bopz – de Wet verplichte ggz en de Wet zorg en dwang – worden de voordelen benoemd (zorggericht in plaats van opnamegericht, de rechten van de betrokkene en het focus op diens systeem), maar vooral de nadelen, zoals de administratieve rompslomp, de luchtfietserij (de rol van gemeenten in de huisvesting en dergelijke) en de toename van het al bestaande personeelstekort. Verdere juridisering van de psychiatrie, de veronderstelde psychiatrische kennis van het justitiële apparaat en de voorspellende gaven van ggz-hulpverleners zijn evenzeer te noemen. Ook wordt stilgestaan bij ondercuratelestelling, onderbewindstelling en mentorschap.
- De definitie, doelstellingen, patiëntenpopulatie en specificiteit van de ziekenhuis- en liaisonpsychiatrie worden in het klinische hoofdstuk 11 besproken, evenals de verschillen tussen consulten en consultatieve psychiatrie.

Bijzonder is de medewerking van twee coauteurs, onder wie mijn dochter, en een bureauredacteur. Hoofdstuk 11, over de ziekenhuispsychiatrie, is samen met mijn dochter Barbara Jenner, liaisonpsychiater, geschreven. Hoofdstuk 3, over medicatie in de acute psychiatrie, heeft psychiater dr. Sonja Rutten geüpdatet. Mijn broer, dr. K.D. Jenner, heeft met zijn theologisch commentaar mij behoed voor uitglijders. Verschillende tekstdelen zijn taalkundig door hem gecorrigeerd. Zijn opmerkingen en vragen hebben me er bewuster van gemaakt dat ik frequent woorden gebruik met meervoudige betekenissen. Gedeeltelijk was dat onbedoeld; die paragrafen zijn grotendeels aangepast of verwijderd. Maar vaak doe ik dat met opzet als onderdeel van de gekozen behandelstijl. Het gebruik van meervoudige woorden biedt de patiënt de gelegenheid datgene uit de woorden te kiezen wat hem aanspreekt en een betekenis eraan te geven die hem past. Die stijl biedt de patiënt daardoor meer ruimte voor interpretatie dan eenduidige, rechtlijnige uitspraken. Dit bewuste

gebruik is ook cruciaal om het proces van hulp te kunnen sturen. Het biedt een behandelaar enerzijds de optimale gelegenheid zich aan te passen aan de patiënt, diens context, wensen en persoonlijkheidsstructuur, anderzijds geeft het vrijheden om het gewenste doel te bereiken.

Voor het boekomslag is een schilderij gebruikt van mijn echtgenote, drs. M. Jenner-de Wit.

In de afgelopen decennia is veel veranderd in de psychiatrie. Dat geldt vooral voor het evenwicht tussen de vrijheid en de bescherming van het individu. Dit werd duidelijk zichtbaar in de voortdurende wijzigingen in de Wet Bopz. Per 1 januari 2020 is deze vervangen door de Wet verplichte ggz en de Wet zorg en dwang, die beide gedeeltelijk nog onaf zijn en onderling strijdige elementen vertonen. Die veranderingen zijn een afspiegeling van de wijzigingen in de maatschappelijke opstelling ten aanzien van mensen met storend gedrag, ook als dat wordt veroorzaakt door een geestesstoornis.

Tot slot: het handboek *Unleashing excellence: the complete guide to ultimate customer service* van Snow en Yanovitch zou verplicht studiemateriaal moeten worden voor managers die beslissingen nemen over zorg(innovatie).

Dr. J.A. Jenner

1 De kunst van het motiveren

1 Inleiding

Gezondheidsadviezen zijn belangrijke methodieken in de hulpverlening. Deze adviezen zijn gebaseerd op de overtuiging dat ze leiden tot verbetering van iemands geestelijke, lichamelijke en/of relationele welbevinden. Ze worden met goede bedoelingen gegeven, desondanks nemen sommige (veel?) patiënten de adviezen niet of slechts gedeeltelijk ter harte. Er ontstaat een patstelling, waarin de hulpverlener, de patiënt en soms mantelzorgers geleidelijk op steeds gespannener voet met elkaar komen te staan. Hoe kunnen frustraties zo uit de hand lopen dat een harde confrontatie tussen de betrokkenen ontstaat? Ligt de oorzaak bij de psychiatrische patiënt, de adviezen, de adviseurs of bij hun combinatie? Hoe kunnen zulke situaties worden voorkomen? Vaak zijn de frustraties het gevolg van slecht luisteren en langs elkaar heen praten. Alle genoemde oorzaken komen voor in de hulpverleningspraktijk. In dit hoofdstuk worden verschillende motiveringsstrategieën besproken die de kans vergroten dat tot escalatie leidende harde confrontaties niet optreden en dat de patiënt de ontvangen adviezen wel opvolgt.

Het effect van behandelingen berust voor een belangrijk deel op het vertrouwen van een patiënt in de behandelaar en diens behandeling. Dit vertrouwen of placebo-effect is verantwoordelijk voor ruim 30% van het behandelresultaat, ook bij medicatie. Het vertrouwen van patiënten heeft voor een deel te maken met bepaalde kenmerken van de behandelaar. Diens behandelstijl en contactuele vaardigheden, zoals in de intonatie en empathie, blijken goed te voorspellen of patiënten in behandeling blijven of deze voortijdig afbreken. Ten onrechte worden dit specifieke factoren genoemd. Ze zijn namelijk zeer specifiek, maar nog onvoldoende gespecificeerd en onderzocht.

In handboeken wordt het niet opvolgen van adviezen beschreven als negatieve kenmerken van de patiënt, zoals therapieontrouw, gebrek aan ziekteinzicht, negativisme en gebrek aan motivatie. Is dat terecht? De discussie over de rol van de farmaceutische industrie en de discussie over de effectiviteit of placebowerking van psychofarmaca wijzen eerder in de richting van gezond inzicht bij (sommige) patiënten dan op gebrek eraan.

Medicatieontrouw is niet iets wat typisch is voor patiënten met een psychiatrische aandoening. Het betreft een algemeen verschijnsel dat even vaak voorkomt bij patiënten met een somatische aandoening. Zelfs bij een 'simpel' medicijnkuurtje zijn mensen ontrouw. Een significante relatie met sociaal-

demografische variabelen en algemene kennis van ziekten is nooit aangetoond. Wel zijn er aanwijzingen dat therapieontrouw hoger is onder vrouwen en ouderen. In onderzoeken bleek dat ruim 80% van de oudere patiënten de medicatie niet of niet volgens voorschrift innam. Voor gedetailleerdere informatie, zie hoofdstuk 9.

Gebrek aan motivatie is een veelgenoemde reden voor therapieontrouw, zeker bij verslaafden, psychotische patiënten en mensen met een persoonlijkheidsstoornis. Onvoldoende motivatie wordt ten onrechte opgevat als een psychiatrisch gegeven, een ziekte of een persoonlijkheidskenmerk. Deze opvatting veronderstelt dat motivatie een stabiele factor is; je hebt er voldoende of te weinig van. In dat perspectief is motiveren van patiënten een dure, maar onzinnige actie. Wie ongemotiveerd gedrag benadert als ziekelijk, induceert een zichzelf vervullende voorspelling.

2 Hoe motiveer je mensen?

2.1 *Belemmeringen en gevaren bij behandeling*

Een man stapt een hengelsportwinkel binnen en vraagt aan de verkoper: ‘Hebt u XX, een speciaal soort aas?’ De winkelier antwoordt niet met simpelweg ‘ja’ of ‘nee’, maar zegt: ‘Jazeker. U bent vast een liefhebber, misschien wel een pro, aangezien u dit soort aas gebruikt.’ De man reageert enthousiast. En passant merkt de verkoper op dat dit type aas de beste resultaten geeft met een nieuw soort dobber. Vervolgens koopt de winkelier op dezelfde manier een betere haak, een perfecte molen enzovoort, totdat de man met een compleet nieuwe hengel de winkel verlaat. Vlak daarvoor wekt de winkelmedewerker nog interesse voor een nieuw viskoffersysteem – een perfecte verkoper.

Een behandelaar is ook een verkoper, namelijk van verbeteringen die leed verzachten of het liefst wegnemen. Net als zakelijk goede verkopers tonen goede behandelaars interesse, voegen in, wekken interesse in een onderdeel en breiden al vragend het aantal elementen uit. Net als een behandelaar ziet de zakelijke verkoper de klant graag terug, haalt deze niet het vel over de neus en laat hem met een prettig gevoel naar huis gaan.

Wat behandelaars onderscheidt van winkeliers, is de doelgerichtheid van het verkopen. Een behandelaar is mensgericht, een winkelier product- en winstgericht. Een ander wezenlijk verschil is de hiërarchische volgorde van waar-

den die winkeliers en behandelaars hanteren. Winst is het hoogste doel van de winkelier; in de gezondheidszorg staat veiligheid bovenaan, gevolgd door respect en efficiëntie. Door invoering van de marktwerking in de zorg zijn kostenbeheersing en efficiëntie de boventoon gaan voeren en volgens sommigen zijn ze zelfs het ultieme doel geworden. Volgens mij leidt die ontwikkeling tot een ramp. Leidraad in dit boek is daarom de oude behandelhiërarchie van veiligheid, respect en efficiëntie.

Behandeling is veranderingsgericht. Niet alle verandering is echter prettig. Weerstand tegen verandering is een normale, niet-ziekelijke reactie. Belemmerende factoren voor verandering zijn gebrekkige kennis, onzekerheid en angst voor het onbekende, niet willen en niet kunnen, gewenning aan de bestaande situatie, gemakzucht, een negatief zelfbeeld en zelfbestraffing.

Verskil van mening over de betekenis van het therapeutisch wenselijke einddoel kan de schijn van gebrek aan motivatie wekken. In dat geval mag noch van psycho-educatie noch van een dominant optreden veel worden verwacht. Gelukkig is de motivatie van mensen contextafhankelijk. Met andere woorden: mensen, ook patiënten, zijn altijd gemotiveerd, al was het maar om de adviezen te blijven afwijzen, maar niet altijd voor datgene wat anderen wenselijk of noodzakelijk voor hen vinden. Vanuit dit perspectief is motivatie een interactief proces dat óók van de behandelaar afhangt. Dat is prettig, want als behandelaar kun je iets aan de motivatie doen. Echter, omdat mislukking moeilijker af te schuiven is op anderen – patiënten – indien motivatie gezien wordt als interactief, moet de behandelaar eerst over een weerstand heen stappen.

Pseudo-meebuigen

Pseudo-meebuigen wordt soms gebruikt om anderen de mond te snoeren. Een mildere vorm is enthousiast positief reageren op een ander om vervolgens het eigen verhaal af te draaien. Het is meer een debatteertruc dan een vorm van betrokken communicatie. Pseudo-meebuigen is niet alleen onecht, maar ook gevaarlijk, zeker in de zorgsector. Het irriteert snel en verhoogt het gevaar op een breuk in de therapeutische relatie en op drop-out. In hulpverleningsrelaties zie ik maar twee indicaties voor deze interventie. Beide mogen alleen met grote terughoudendheid worden toegepast en alleen als *ultimum refugium*.

1. Bij mensen met een niet anders te stoppen praatwaterval, bij wie andere interventies, naar verwachting, tot een conflict zullen leiden.
2. In situaties waarin 'normale' reacties een wanende patiënt bekrachtigen in diens waan.