

De kracht van woorden

Voor de hoofdlezing was *Robert Pynoos* naar Nederland gekomen, hoogleraar psychiatrie aan de University of California, Los Angeles, en co-director of the National Center for Child Traumatic Stress en een van de toonaangevende experts op het gebied van psychotrauma. In hoog tempo schetste hij de vorderingen die er de laatste decennia gemaakt zijn in het begrijpen en behandelen van traumatische stress bij kinderen. In de late jaren zeventig was het nauwelijks gebruikelijk om met kinderen te praten over hun ervaringen, laat staan te verwijlen bij de impact van traumatische gebeurtenissen.

Sinds de jaren negentig is de kennis gegroeid, zijn er neurobiologische studies gestart over de invloed van trauma op het brein, en zijn er preventieprogramma's ontwikkeld. Behandelingen richtten zich op ouders én kinderen, met cognitief gedragtherapeutische technieken, die onder andere de emotieregulatie beïnvloeden. Zowel in de kindergeneeskunde als in de geestelijke gezondheidszorg nam de aandacht toe, in de Verenigde Staten mede onder invloed van een aantal rampen.

De laatste tien jaar groeit de kwaliteit van de diagnostiek en wordt de behandeling specialistischer en specifiek. Pynoos noemde hierin 'de kracht van woorden'. Het kan nodig zijn om kinderen eerst te leren praten over emoties, om vervolgens de ware omvang van betekenissen en de zwaarte van traumatisering te taxeren en te behandelen. Therapeuten moeten 'goed kijken'; kinderen kunnen wel weer gaan spelen, maar het bijbehorende plezier en de vitaliteit hoeft niet hetzelfde te zijn.

Ook Pynoos noemde de grote risico's van geweld in het gezin en de impact van gezamenlijke traumatisering. Hiermee was de cirkel rond. Lamers begon immers met een vurige waarschuwing tegen de onderschatting van deze problematiek.

De lezing van Pynoos maakte nieuwsgierig naar meer informatie over behandelmethoden, waarin wordt gezocht naar betekenissen op diverse niveaus en waarin de kracht van het woord wordt gebruikt. Wellicht een thema voor een volgend symposium? De compacte opzet, de weliswaar wat wisselende maar overwegend goede kwaliteit van de lezingen, de soepele organisatie en de fascinerende locatie vragen om herhaling.

LIDWIEN GEERTJENS

Klinisch psycholoog-psychotherapeut Jeugdriagg
Noord Holland Zuid, Amstelveen/ Haarlem

Filosofische kwesties

Verslag van het symposium 'Nut en noodzaak van de filosofie voor de psychiatrische praktijk' op 9 juni 2011 te Leiden, georganiseerd door de Hogeschool Leiden. Kosten: € 100,-. Aantal deelnemers: 110.

Nooit eerder heb ik een congres bijgewoond dat zowel fundamentele als toegepaste filosofische kwesties op één dag behandelde voor een publiek dat een zo evenwichtige afspiegeling vormde van alle werkers in de directe patiëntenzorg van de GGZ. Zijn de professionals in de GGZ soms al begonnen aan de hernieuwde bezinning op hun primaire relatie met de patiënt,

waartoe dit congres hen opriep? Een opwekkende gedachte.

Antoine Mooij, psychiater, filosoof en psychoanalyticus, emeritus hoogleraar psychiatrische aspecten van de rechtspraktijk en de forensische psychiatrie aan de Universiteit Utrecht en de Rijksuniversiteit Groningen, was de eerste spreker. Hij legde uit hoe de hermeneutische benadering de praktijk van de psychiatrie (waar momenteel een natuurwetenschappelijke manier van denken domineert) zou kunnen aanvullen. Hij begon met het voorbeeld van een jongen die de diagnose ADHD kreeg. 'Is een medisch model dat dergelijke etiketten opstelt toereikend?', leek hij zich af te vragen. 'Nee', zo luidde zijn antwoord. De vraag of deze jongen ooit adequate hulp krijgt, is immers vooral afhankelijk van andere overwegingen: zijn draaglast, draagkracht etc.

Persoonlijke biografie

Volgens Mooij is het in de psychiatrie daarom voor elke diagnosticus onder alle omstandigheden belangrijk om minstens drie filosofisch gemotiveerde aanvullende vragen te stellen die de medische diagnose kunnen verrijken: Wat ervaart de cliënt? Hoe interpreteert de cliënt zijn situatie? Kan de cliënt op zichzelf in de wereld staan? Mooij betoonde zich optimistisch over de kans dat professionals deze vragen inderdaad vaker gaan stellen; de aandacht voor 'persoonlijke biografie' keert geleidelijk terug in de psychiatrie.

Enkele vragenstellers in de zaal leken daar sceptischer over. Daarop stelde Mooij voor om meer NWO-geld te investeren in onderzoek dat van dichtbij (of van binnen-uit) beschrijft wat een primaire emotie als

angst of agressie eigenlijk *is*. Wat *beleeft* de patiënt dan?

Theorie en werkelijkheid

Degene die het best op deze oproep aansloot was zonder twijfel psychiater en filosoof *Gerrit Glas* (Universiteit Leiden/Dimence). Zijn verhaal ging namelijk over angst. Glas, die zich al jaren als onderzoeker met angst bezighoudt, meent dat de bestaande theoretische modellen om angst te beschrijven niet stroken met de ervaringen van angstige patiënten. In de emotietheorie valt angst bijvoorbeeld doorgaans uiteen in diverse componenten: gedrag plus zweetsecretie. Glas nam bij patiënten waar dat die componenten soms verdwijnen, terwijl de angst blijft bestaan. Voor hem blijft het sindsdien de opgave om de zeven 'bestaansangsten' die hij in de loop der jaren heeft leren onderscheiden goed theoretisch te beschrijven en daarmee tegelijkertijd de angstige patiënt te helpen. Maar dan moet de psychiater de symptomen van angst wel kunnen laten verdwijnen.

Psychiater en filosoof *Gerben Meynen* (vu) besprak de noodzaak van voortgaand filosoferen over een heel ander fundamenteel probleem uit de GGZ: het beginsel van de ontoerekeningsvatbaarheid. De herstelbeweging trekt nogal tegen dat beginsel ten strijde: Deze ex-clieënten stellen dat het beginsel van de ontoerekenbaarheid hun autonomie ter discussie stelt.

Voor filosofen en juristen daarentegen is niet zozeer 'autonomie' maar 'vrije wil' de kern van het debat over de toerekenbaarheid, zo betoogde Meynen. Neurowetenschappers die staande houden dat de vrije wil niet bestaat, krijgen sinds kort

weerwerk van de Amerikaanse filosoof J.R. Searle, die in 2007 een boek heeft geschreven over *Freedom and neurobiology*. Hij raadde ons aan daar kennis van te nemen, desnoods via Google authors/John Searle.

Psychiaters aan het werk

Psychiater *Alan Ralston* van GGZ Dijk en Duin prikkelde onze nieuwsgierigheid met een kwalitatief onderzoek naar de vooronderstellingen van Nederlandse psychiaters, waarop hij over circa een jaar als filosoof hoopt te promoveren. Hij onderzoekt er dertig: tien academische psychiaters, tien vrijgevestigde en tien in loondienst. Hij maakt opnames terwijl zij de intake van een patiënt doen en hij analyseert (en codeert) het tekstuele verslag daarvan; vervolgens neemt hij hen een vragenlijst af over hun beroepshouding (Maudsley Attitudes Questionnaire) en tot slot interviewt hij hen gestructureerd. Hij analyseert al dit materiaal met het focus op de ‘oriënterende concepten’ die psychiaters gebruiken, refererend aan een artikel van Zachar en Kendle uit 2007 (Zachar, P., & K.S. Kendler in *American Journal of Psychiatry*, 164, 557-565.)

Zien zij de geestesstoornis als een reëel bestaande entiteit (ontologie)? Hoe onderzoeken ze hun patiënten (epistemologie)? Waarmee legitimeren zij hun houding (wetenschap)? Hoe verklaren zij de stoornis (causaliteit)? Hoe beschrijven zij de stoornis (classificatie)? Wat zien zij als goed professioneel handelen (ethiek)? Hoe denken zij over de relatie tussen de geest en het lichaam (*philosophy of mind*)?

Ralstons voorlopige bevindingen wijzen erop dat psychiaters verschillend te werk gaan, maar geen van allen overlopen

van het zelfvertrouwen dat ze het goed doen. Hun aannames zijn niet altijd consistent. Maar ze laten hun handelen minder sturen door ‘geestesstoornissen’ dan door de ‘lijdensdruk’ bij de patiënt. De DSM zouden zij eerder zien als een ‘sluitstuk’ dan als een richtinggevend kader, hoewel de ene arts zijn onderzoek van een patiënt begint met een classificatie van wat er aan de hand is volgens de DSM, en een ander daarmee eindigt.

Welke fout wil ik *niet* maken?

Jurist en hoogleraar Normatieve aspecten van de geneeskunde *Dick Engberts* (LUMC) ging in op de verhouding tussen ethiek, recht en psychiatrie. Waar de geneeskunde volgens hem altijd zoekt naar causaliteit en/of correlaties, zoeken de ethiek en het recht naar ‘normativiteit’. Volgens Engberts is de psychiatrie voor hen in zoverre anders dan de gewone geneeskunde, dat het hier vaker gaat om dwangopname, dwangbehandeling en de Wet Bopz. Men moet – daarbij betrokken – aannemen dat men altijd fouten maakt. Maar het kan helpen, zo zei hij, om de vraag ‘Welke fout wil ik *niet* maken?’ altijd goed in het achterhoofd te houden. Een verrassend diepgravend advies. Probeer het maar eens!

Als hulpverleners het niet eens zijn, kunnen zij gebruikmaken van het ‘moreel beraad’ dat werd ontwikkeld door *Guy Widdershoven*. Deze hoogleraar filosofie en ethiek van de geneeskunde en hoofd van de afdeling Metamedica van het VUMC vertelde over deze methode, waarbij de leden van een multidisciplinair team onder leiding van een filosofisch geschoold ‘facilitator’ volgens een gestructureerde methode morele vragen en ervaringen

aan de orde kunnen stellen als zij het over een reële casus onderling niet eens zijn. Volgens Widdershoven kunnen teams zo doorgaans hun probleem oplossen.

Lectoraat

Aan het eind hield andragoloog *Jaap van der Stel* (HS Leiden/vumc/GGZinGeest) zijn lectorale rede onder de titel *Resultaten boeken in een complexe wereld*. Hij maakte puntsgevijs, geestig en vol vaart duidelijk waarop hij zich vanuit zijn lectoraat GGZ zal richten: 1) de fundamenten van GGZ. Niet simplificeren, maar juist de ontwikkelingsfasen in psychiatrische problematiek centraal stellen; 2) het behandelklimaat, en dus 'de hulpverlener' verbeteren; 3) als object van GGZ het brede 'zelf' in plaats van het smalle 'brein' kiezen; 4) meer leren van ervaringsdeskundigen; 5) vroegtijdiger behandelen. Deze rede is op te vragen bij de Hogeschool Leiden.

CECILE AAN DE STEGGE

Psychiatrisch verpleegkundige en filosofe,
Bunnik

Consultatie bij langdurige separatie

Symposium 'Niet opsluiten, maar aansluiten', georganiseerd door GGZ Nederland en het Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE) op 16 juni 2011, Congrescentrum Reehorst te Ede, deelname gratis, 175 deelnemers.

677

De centrale vraag van het symposium was hoe je langdurige separaties kunt reduceren. Wanneer spreken we van een langdurige separatie? Moet consultatie verplicht worden gemaakt, op welk moment, en wie moet dat dan doen? Het merendeel der deelnemers was verpleegkundige, manager/teamleider of projectleider 'dwang en drang'. Daarnaast waren er andere GGZ-professionals, ervaringsdeskundigen, en vertegenwoordigers van patiënten-, familie- en andere (overheids)organisaties.

De opzet van de dag was een mix van theorie en praktijk. 's Ochtends namen we vooral de theorie door onder leiding van de uitstekende ochtendvoorzitter *Arien Storm* (kinder- en Jeugdpsychiater, Accare) en 's middags keken we meer naar de praktijk in de vorm van vijf workshops.

Zo begon de ochtend met een panel-inventarisatie van 'traditionele' *best practices* bij separatiereductie. Daarna werd verder gefocust op het invoeren van (externe) consultatie ten behoeve van langdurig gesepareerden.

Niet alleen het Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE) kan een consultatiefunctie vervullen maar ook een ervaringsdeskundige: in complexe problematiek kan deze bruggenbouwer én ijsbreker zijn. De Inspectie voor de Gezondheidszorg ziet